علم النفس الإكلينيكي

في ميدان الطب النفسي

تأليف

الدكتور

عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الإكلينيكي واستشاري
الصحة النفسية بالجامعة الأمريكية

الدكتور

عبد اللـــه عسكر

أستاذ ورئيس قسم علم النفس بآداب
الزقازيق واستشاري العلاج النفسي

الطبعة الرابعة

٢٠٠٨

الناشر

المؤلفان

يطلب من

مكتبة الأنجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد – القاهرة

ت ٣٣٩١٤٣٣٧– فاكس ٣٣٩٥٧٦٤٣

اسم الكتاب : علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي
المؤلفان :د . عبد الستار إبراهيم ، د. عبد الله عسكر
رقم الإيداع بدار الكتب المصرية : ٣٥١١ - ٩٩
الطبعة الرابعة ٢٠٠٨
الناشر : المؤلفان
يطلب من : مكتبة الأنجلو المصرية

المحتويات

مقدمة الطبعة الأولى

هـذا الكتاب للطالب الذي يتعرض لدراسة علم النفس الإكلينيكي لأول مرة . ونشأت فكرته كما تنشأ غالبية أفكار الكتب من خلال انشغالي بتدريس هذه المادّة في العالم العربي عدداً من السنين .

وبالرغم من أنه ليس الكتاب الأول - ولن يكون الأخير - في هذا الموضوع ، إلا أنني كتبته بعد إطلاع على كل الكتب العربية في هذا الفرع الهام من فروع علم النفس. إن الكثير من هذه الكتب بالرغم من أهميتها وما تنطوي عليه من جهد جدير بالتقدير والثناء ، إلا أنه لا يوجد من بينها للأسف كتاب متكامل عن التشخيص والعلاج في علم النفس الإكلينيكي قادر على مخاطبة الطالب والممارس الإكلينيكي معاً .

ولهذا فقد ركز هذا الكتاب على الجانبين الرئيسيين من جوانب علم النفس الإكلينيكي وهما التشخيص والعلاج . وهو مكتوب أيضاً بحيث يركز بشكل متكامل على الجوانب النظرية وجوانب الممارسة . ومن ثم فإن أكثر من سيستفيد منه هو الطالب الذي يدرس هذا الموضوع لأول مرة ، والطالب أو الممارس الذي يتخذ من الممارسة الإكلينيكية في مجالات الصحة العقلية مهنة رئيسية .

ولهذا انطوى الكتاب على عدد من الفصول تعرضت للجوانب المختلفة من التقييم والعلاج النفسي . فالفصل الأول يمهد الدارس لمعالم موضوع علم النفس الإكلينيكي وبداياته التاريخية ، وما يجب أن يتوفر في شخصية الممارس الإكلينيكي وما يجب أن يتسلح به من مواثيق خلقية . ويمهد الفصل الثاني لوظيفة التشخيص النفسي بإعطاء فكرة متكاملة عن أهم

الاضـطرابات النفـسية والعقلـية الـتي يواجهها الممارس الإكلينيكي في مجال الصحة العقلية . والفصلان الثالث والرابع يتعرضان لبعض الأدوات الهامة في تقييم الشخصية وتشخيص جوانب الضعف فيها ومن أهم هذه الأدوات المقابلة الشخصية ، والمقاييس النفسية بأنواعها المختلفة . أما الفصل الخامس فيركز على أحد أسـاليب كتابة التقرير النفسي الإكلينيكي من خلال عرض كـثير مـن الـنماذج . وتتعـرض الفصول الأربعة الباقية من الكتاب لجوانب مختلفة مـن نـشـاطات العـلاج النفـسي الـتي يمكـن للأخـصائي النفـسي الإكلينيكـي ممارسـتها والقـيام بها إما مستقلاً أو بالتعاون مع أعضاء الفريق الإكلينيكـي . وقـد حاولـنا في عرضـنا لنشاطات العلاج النفسي أن نركز – خاصـة في الفـصلين الـثامن والتاسـع – على كيفية الممارسة وكيفية الإعداد والتخطيط للبرامج العلاجية ، والفنيان المطلوب إتقانها خلال الممارسة .

أرجـو أن يقـبل جهـدي هـذا بحـسب ما أتوقع له من قبول وفائدة . وأرجـو أن يكـون هـذا العمل – بهذه الرؤيـة التي رسـمتها له – فاتحة خير لأعمال تكمل الجهـد والفائدة منـه .

عبد الستار إبراهيم
كانتـون – ميشــيجان
يونيو ١٩٨٦

مقدمة الطبعة الثانية

إن الترحيب الذي لقيته الطبعة الأولى من هذا الكتاب سواء من المتخصصين الأكاديميين أو الممارسين للمهنة النفسية كان من الدوافع الرئيسية لهذه الطبعة الثانية. ولعل أهم ما فى هذه الطبعة هو مشاركة الأستاذ الدكتور عبدالله عسكر فلمساته الفنية والعلمية وحسه الإكلينيكي يلمسها القارئ في كثير من المواقع والفصول، والتعليقات ، والمراجع .

وبالرغم من الإضافات المتعددة ... التي اشتمل عليها هذا الكتاب ، والتي تعكس جوانب التطور التي حدثت في المهنة خلال الأعوام العشرة الأخيرة من علم النفس ، إلا أننا آثرنا الاحتفاظ بالهيكل العام ، والتنظيم الذي صدرت به الطبعة الأولى إجمالاً . لكن كثيراً من الإضافات وضعت في ثنايا الفصول والتعليقات .

ولعل أهم هذه الإضافات كانت في وضع دليل تشخيص الأمراض النفسية والمعرف باسم الـ *DSM-IV* الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي . فقد رأى الكاتبان أن هذه الإضافة ضرورية بحكم أهميتها في تحقيق التواصل بين المهنيين في مجال الطب النفسي ، وعلم النفس الإكلينيكي.

كذلك يجد القارئ تحديثاً لفصل المقاييس النفسية حيث المزيد من التوضيح والعرض للمقاييس الهامة في التشخيص النفسي ، وبشكل خاص العرض الذي يجده القارئ للصورة الثانية من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية .

كما حدث تعديل رئيسي في الفصل الأول ، فاشتمل على عرض شامل للفريق النفسي الإكلينيكي ، ومكونات هذا الفريق ، والوظائف النفسية والاجتماعية المرتبطة بكل فئة مهنية في مجالات علم النفس الإكلينيكي والطب النفسي .

وحدث تعديل رئيسي مماثل في الفصل الثالث ، خاصة فيما يتعلق بالمكونات النفسية والعلامات التشخيصية لاضطرابين رئيسيين هما : القلق والاكتئاب .

وفيما عدا ذلك هناك إضافات وتصويبات في المراجع ، والنص ، والتعليقات .

على هذا النحو تحددت في ذهن الكاتبين أوجه الضرورة في وضع هذه الطبعة الثانية من كتاب علم النفس الإكلينيكي : مناهج التشخيص والعلاج النفسي . ونرجو لهذه الطبعة كسابقتها أن تحقق الأهداف التي وضعناها لها ، والتي تنطلق من الإيمان بالدور العلمي والإنساني اللامحدود لعلم النفس في مجالات التشخيص والعلاج النفسي .

المؤلفان
القاهرة - ١٩٩٨

مقدمة الطبعـــة الثالثة

يسعدنا أن نقـدم لقرائنا الأعزاء من الطلاب والزملاء هذه الطبعة الجديدة التي حاولنا أن نصدرها في ثوب جديد مع إضافات جوهرية لموضوعات جديـدة مثل ، المقابلة السلوكية ، وعرض لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه – الإصدار الثاني بمقاييسه الفرعية كبرنامج يطبق باستخدام الكمبيوتر، وكذلك مقـياس بينـيه لقـياس الـذكاء – الصورة الرابعة ، ونتوجه بالشكر للزميلة العزيـزة د . رشـا الديـدي لتعاونها في عرض هذا المقياس . فضلا عن بعض التنقـيحات المـتعلقة بالموضوعات الأساسية ، ونرجو أن تفيد هذه الطبعة كل من له صلة بعلم النفس الإكلينيكي ، ويسعدنا تلقي آراءكم حول هذه الطبعة علـــي الـــبريد الإلكترونـــي Abdalla_asker@yahoo.com و dr_Asker@Hotmail.com

dribrahm@kfupm.edu.sa ، or

Sattar99@yahoo.com

والله الموفق ،،،،

المؤلفان

القاهرة – ٢٠٠٥



مقدمة الطبعة الرابعة

تتواصل المعرفة العلمية وتطورها في ميدان علم النفس الإكلينيكي ، ومن هذا المنطلق آثرنا أن تتطور المناهج لتواكب هذا التطور السريع للسيكوتكنولوجي والمهارات العيادية الأساسية اللازمة للدارسين والمتخصصين ، ولسوف يلمس القارئ التنقيحات والإضافات التي قمنا بها في هذه الطبعة وفقا لطبيعة الممارسة الإكلينيكية سواء على مستوى التشخيص أو العلاج أو التنبؤ ويسعدنا دوما أن نتلقى آرائكم حول إمكانية إضافة موضوعات جديدة يمكن أن تثري ميدان علم النفس الإكلينيكي،،،،،،،،،،

ولكم دوما ،،،، أطيب الأمنيات بالتوفيق

المؤلفان

القاهرة – ٢٠٠٨



الفصل الأول

علم النفس الإكلينيكي وأخصائيوه

ما هو علم النفس الإكلينيكي ؟

كـان أول من استخدم مفهوم " علم النفس الإكلينيكي "(ويتمر) Witmer, 1896 للإشـارة إلى إجـراءات التقييم والتشخيص المستخدمة مع الأطفـال المتخلفين retarded والمعـوقين Handicapped ولهـذا يعتبر الاهتمام بالتشخيص في ميدان علم النفس الإكلينيكي في الفترات المبكرة من نـشأة هذا العلم ،من بقايـا هذا التعـريف المبكر (لويتمر) ، فقد بدأ علم النفس الإكلينيكي من الناحية العملية بإنشاء مؤسسة فاينلاند Vineland Institute لدراسـة التخلف العقلي سنة ١٩٠٦ ، ثم بإنشاء عيادة شيكاغو لإرشـاد الطفـل) ChicagoChild Guidance Clinic بعـد ذلك بثلاث سـنوات أي سـنة ١٩٠٩ (للمزيد عن المراحل الرئيسية في التطور المهني لعلم النفس الإكلينيكي أنظر جدول (١) .

صحيح أن اهتمامات المؤسسين تنوعت بعد ذلك لتشمل دراسة عدد متنوع من الاضطرابات النفسية والعقلية ، إلا أن الاهتمام الرئيسي ظل كما هـو قاصـراً علـى عمليات التـشخيص والتقدير للوظائف العقلية ، وهو الاهـتمام الـذي بقي مرتبطاً بتعريف علم النفس الإكلينيكي طوال النصف الأول مـن هـذا القرن كما يظهر هذا في التعريف الذي وضعته جمعية علم

الـنفس الأمـريكية . American Psychological Association (APA)) سنة ١٩٣٥ .

" يهدف علم النفس الإكلينيكي لتعريف الإمكانات السلوكية ، والخصائص السلوكية للفـرد مـن خـلال مناهج القياس والتحليل والملاحظة .. وإلى الـتكامل بين المعلومات المتجمعة من هذه المصادر بغيرها مع فحص التاريخ الاجتماعي للوصول إلى اقتراحات وتوصيات من جانب الأخصائي من أجل الوصول إلى توافق ناجح للفرد " (Mackay,1975) .

جدول (١- ١) مراحل رئيسيه في التطور المهني لعلم النفس الإكلينيكي

العام	مراحل التطور
١٩٨٢	إنـشاء جمعية علم النفس الأمريكية APAعلى يد (هول Hall ("ووليم جيمس" " وكاتل"
١٨٩٦	"ويتمر Witmer " ينشيء أول عيادة نفسيه .
١٩٠٦	إنشاء مؤسسة فانيلاند للتخلف العقلي .
١٩١٢	(ويتمـر) يؤسـس أول مجلـة في علـم النفس الإكلينيكي باسم Psychological Clinics (العيادات الإكلينيكية)
١٩١٧	هولـيجورث Hollingworth يؤسـس الجمعية الأمريكية لعلماء النفس الإكلينيكي .
١٩١٩	جمعـية علـم النفس الأمريكية تنشيء الشعبة الإكلينيكية لتمثيل علم النفس الإكلينيكي بالجمعية .
١٩٢١	جـيمس كاتـل) يؤسـس المؤسـسة النفسية Psychological Corporation.

١٩٣٥	الشعبة الإكلينيكية بجمعية علم النفس الأمريكية تضع معا يير الممارسة الإكلينيكية والتدريب .
١٩٣٦	أول كتاب دراسي في علم النفس الإكلينيكي مؤلفه (لوتيت) LouttitT .
١٩٣٧	ظهور مجلة Journal of Consulting Psychology كأول مجلة في علم النفس الإكلينيكي
١٩٤٥	(ثورن) يؤسس مجلة علم النفس الإكلينيكي Journal of Clinical Psychology
١٩٤٦	جمعية علم النفس والجمعية الأمريكية للطب النفسي تتعاونان معاً من خلال لجان مشتركة .
١٩٤٧	إنشاء مجلس للممتحنين الأمريكي في علم النفس المهني American Board of Examiners in Professional Psychology (ABEPP) للسماح للمتخصصين في علم النفس بالممارسة الإكلينيكية .
١٩٤٩	جمعية علم النفس توافق في اجتماعها السنوي على تبني نموذج مستقل للتدريب المهني لعلماء النفس.
١٩٥٥	إنشاء اللجنة المشتركة للصحة العقلية
١٩٦٣	اللجنة المشتركة للصحة العقلية تدعو إلى إنشاء مراكز الصحة العقلية داخل المجتمع Community Mental Health Centers
١٩٦٥	مؤتمر بوسطن Boston لمراكز الصحة العقلية داخل المجتمع .
١٩٧٣	جمعية علم النفس توافق في اجتماعها السنوي على دعم التدريب المهني وتدعو إلى إنشاء درجه جديده للدكتوراه وهي دكتوراه في علم النفسPSY.D. بالإضافة إلى دكتوراه الفلسفة PhD.
١٩٧٥	جمعية علم النفس تضع قواعد تدريب المختصين في العلاج داخل المجتمع Community Psychology .

إلا أن هــذا التعــريف لم يعد مقبولاً من الكثيرين الذين يعملون بهذا المــيدان ولا يكاد يخرج عن كونه جزءاً من تاريخ قد ولى , فقد تعددت في الواقــع الوظائــف الموكــولة لعلــم النفس الإكلينيكي و لم تعد قاصرة على عمليات التقدير ،واستخدام المقاييس وأدوات التشخيص . وأصبحت تمتد لتــشمل تقــريباً كــل ما يمكن جنيه من فروع علم النفس الأخرى وقوانينه المخــتلفة مــن فهــم أفضل للفرد ، وإعانته على التوافق والإيجابية والتطور بالإمكانيات البشرية.

ولازالــت هــناك في الحقــيقة خلافات محتدمة بين علماء النفس في المــيدان الإكلينيكــي. عــن (Kendall and Norton -ford 1983) مــع بعد التصرف .

بــين بعــضهم والبعض الآخر من جهة ، وبينهم وبين علماء الفروع الأخرى الوثيقة الصلة به كالطب النفسي من جهة أخرى ، في الوصول إلى اتفاق على تعريف مقبول لهذا الفرع الناشئ من علم النفس .

ويــبدو أن الــبدء بالتعريف دائماً ما يكون بداية خاطئة ، ففي حياة تتــنوع فــيها مصادر المعرفة وتتنوع فيها فروع العلم وجوانب التفاعل فيما بينها لا يكون من الممكن دائماً الوصول إلى تعريف ثابت يقبله الجميع .

ومن الأيسر ـــ في نظرنا ـــ أن نبدأ بعملية وصف للأدوار المختلفة الــتي يقــوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي سواء التي يتوقع منه الآخرون القــيام بها ، أو تلك التي يرى الإكلينيكي نفسه مؤهلاً لأدائها، ومن خلال هــذا الوصــف سيكون من الميسور على القارئ أن يكون إطاراً من التفكير يعينه على الفهم الدقيق لما نسميه علم النفس الإكلينيكي .

ما الذي يقوم به الأخصائي النفسي الإكلينيكي ؟

لن يكون من السهل أبداً أن نجيب عن هذا السؤال بالتحديد وبدقة ، قد يقال بشكل عام أن وظيفة الأخصائي النفسي الإكلينيكي هي أنه يحاول فهم الناس وأنه يستخدم فهمه هذا لتقديم العون لهم ولمساعدتهم على حياة أفضل في ميادين العمل ونشاطات الحياة المختلفة .

على أن هذا التعريف العام لوظيفة الأخصائي النفسي الإكلينيكي لا يشرح لنا مختلف المسئوليات التي يتولاها ، ولا يكشف لنا بصورة نوعية عن مختلف الأمثلة والنشاطات التمريضية التي يقوم بها الأخصائيون النفسيون في الميدان الإكلينيكي , وإن شئنا أن نوضح هذا ، فإن من الأفضل أن نبدأ بعدد من الأمثلة ننتقل بعدها إلى شرح مفصل لطبيعة عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي.

أمثلة تبين طبيعة عمل علم النفس الإكلينيكي

١ - الفصامية المزمنة :

أحيلت السيدة (ف) إلى الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتقدير كفاءتها العقلية ، ولمعرفة ما إذا كان اضطرابها يعود إلى أسباب عضويه.

المريضة في الواحدة والخمسين من العمر وتقيم بمستشفي للطب العقلي عندما تم لقاؤها بالأخصائي النفسي الإكلينيكي (المؤلف الأول) بدت في الجلسة الأولى قليلة الكلام ، وعزوفة عن الدخول في أي مناقشة ، مما يعطي الإيحاء بأن شخصيتها من النوع السلبي ، الانسحابي ، الذي يجنح لتجنب التفاعل بالآخرين ،ومع ذلك ، فقد أظهرت تعاوناً شديداً عند تطبيق الاختبارات النفسية ، وأظهرت جهداً واضحاً في فهم التعليمات ومتابعتها، و لم يبدر منها ما يدل على تدهور خطير في قدرتها على التركيز

الـذهني والتماسـك في أفكارها فيما عدا بعض الأفكار الهجاسية بأن هناك أناساً يحاولون الإضرار بها وبأبنائها .

وللسيدة (ف) ثلاثـة أطفـال : بنتان وابن . ابنها يعيش في أحد سجون الولاية وابنتها الكبرى متزوجة وتعيش حياة مستقلة .

وقـد أوضحت السيدة (ف) أنها عانت من قبل انهيارين عصبيين ولكنها لم تصرح بوجود هلاوس، ولو أن أختها صرحت للأخصائي النفسي الحالي عند لقائه بها لمعرفة بعض خصائص هذه السيدة ، صرحت بأن المريضة تتكلم إلى نفسها بعبارات غير مفهومه ، وتعتقد المريضة أن هناك أناساً يريدون قتلها أو إلحاق الأذى بها وبأبنائها ، ولكنها لم تكشف عن وجود هواجس أو أفكار اضطهاد من قبل أفراد أسرتها أو أقاربها . وتعتقد الأخت أن كل هذه الاعتقادات من قبل المريضة خاطئة ولا تقوم على أي أساس من الصحة أو الوقائع .

أعطيت المريضة عدداً من الاختبارات النفسية والعقلية منها :

١ – اختبار وكسلر بلفيو للذكاء Wecshler Bellevue Intelligence Scale لتقدير مستواها العقلي.

٢ – اختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory والمعروف باسم MMPI للشخصية .

٣ – اختبار بندر ـــ جشتالت Bender Gestalt Test لتقدير الخصائص العضوية الذهانية .

٤ – اختبار رايتان Reitan Aphasia Screening للمساعدة في الكشف أيضاً عن مدى تدخل العوامل العضوية في اضطرابها (لوصف كامل عن هذه الاختبارات أنظر الفصل الرابع) .

ومـــن الناحية السيكومتريه ، حصلت السيدة (ف) على نسبة ذكاء كلــية مقدارها ٩٤، ودرجة ذكاء لفظي (١٠٣) ، ودرجة ذكاء علمي (٨٤) .

ومـــن الواضـــح أن أدائها العقلي الوظيفي يضعها في مرتبة العاديين بـــصفة عامـــة ، ولـــو أن ذكاءهـــا اللفظي يضعها في مرتبة أكثر تفوقاً بينما يضعها ذكاؤها العلمي في مرتبة متخلفة نســـــبياً .

ومـــن الواضح أن هناك فرقاً بين نسبة الذكائـــين اللفظي والعملي لا يـــرجع لمجـــرد الـــصدفة ويوحي هذا في حـــدّ ذاته بوجود درجه خطيرة من التدهور .

وتـــشير درجاتهـــا علـــى الاختـــبارات الفرعيـــة من الجزء اللفظي في وكـــسلر بلفـــيو إلى وجود تشـــــتت واضـــح في أدائها ، فأعلى درجاتها كانت على مقياس المتشـــــابهات

وهـــذا في حد ذاته يدل على أمل كبير في استفادتها من الخطط العلاجية فيما بعـــد ، كمـــا يـــدل علـــى أن السيدة (ف) كانت يوماً ذات ذكاء مرتفع ومستوى عقلي لا بأس به، وأن ما حدث لها الآن قد أثر في ذلك .

وكشفت أيضاً عن درجات مرتفعـــة نسبياً على مقاييس الفهم العام ورموز الأرقام والمفردات . أما بالنسبة للاختبارات التي تتطلب الاستدلال حسابياً (اختبار الحساب) في درجتها منخفضة عن المتوسط العام. وقد لوحظ أثناء أدائهـــا على هذا الاختبار أنها تعمل تحت توتر عصبي مما قد يوحي بعلامات شديدة للقلق النفسي.
أما عن أقل درجاتها في الجزء العملي في على اختبارات :

تجميع الأشياء ،ورسوم المكعبات ، وترتيب الصور ، ويشير هذا إلى صـعوبات بالغـة في أداء الوظائف التي تتطلب تنظيماً إدراكياً بصرياً ، ومن المهـم أن نشير إلى أن المريضة قد شكت بالفعل أثناء تطبيق الاختبارات من صعوبات وشكاوى خاصة بحاستي السمع والأبصـار .

ويؤيد أداؤها على اختبار بندر ـــ جشتالت الاستنتاجات السابقة . فقـد عكـس أداؤهـا على هذا الاختبار نفس الصعوبات في أداء الوظائف الادراكية والبصرية .

أما أداؤها على اختبار الشخصية المتعددة الأوجه MMPI فلم يكشف عـن كـثير مـن العلامات التشخيصية الدالة لدى هذه المريضة . فلقد نال أداؤها على مختلف الاختبارات الفرعية لهذا المقياس في إطار الأداء العادي . و لم تتضح أيضاً علامات دالة على التدهور على اختبار الأفازيا لرايتان .

الانطباع التشخيصي :

١ – بالـرغم من عدم وجود علامات دالة على الاضطراب الذهاني ، فإن أداء هذه المريضة يعكس تدهوراً خطيراً في الوظائف التي تتطلب تآزراً وتنظيماً حسياً ـــ إدراكياً

٢ – تعاني المريضة من قلق حادّ ومظاهر شديدة من الاكتئاب النفسي.

٣ – تعاني المريضة أيضاً من وجود بعض الأفكار المحاسية الثابتة ، ولو أن مصدر ذلك قد يكون ظروف الحرمان والعزلة التي تعيشها في المستشفي أو بسبب القلق العصابي الحاد الذي يسيطر عليها في الوقت الحالي.

تمـثل الحالة السابقة نموذجاً لإحدى مجالات النشاط المهني للأخصائي النفـسي الإكلينيكـي .... فقـد أحيلت هذه الحالة للأخصائي من الطبيب النفسي بهدف القيام بتشخيص فارق دقيق لحالتها ، وقد استطاع الأخصائي اعـتماداً علـى مـا توفـر من اختبارات نفسية وعقلية أن يصل إلى صورة إكلينيكية تنافت مع التوقعات السابقة عن المريضة بأنها تعاني من مرض عقلي

ذهـــاني ..... وأن كل ما تعاني منه في هذه اللحظات هو قلق حاد ومزمن . وقـــد ساعد هذا الاستنتاج على التغيير من الخطة العلاجية للمريضة ومن ثم تسريحها من المستشفي نهائيا .

٢ – من السلوك العصابي إلى السلوك المعدل :

لكـــن هـــناك نـــشاطات مهنـــية أخرى يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي بدور أكثر إيجابية من ذلك كما في الحالة الآتية :

تم تـــشخيص الـــسيد (س) علـــى أنه حالة فصام مصحوبة بإصابة عـــضوية في المخ. وتدل كل التقارير التي جمعت إذ ذاك بأنه أخذ يتحول إلى حالـــة مـــتعذرة تفـــسد نظـــام العمل بالعنبر العلاجي ، سواء بإثارة المرضى الآخـــرين أو إزعـــاج العـــاملين بطلـــبـــات غير واقعية ... لا تنتهي . وقد استطاع الأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يحدد مشكلتين رئيسيتين اعتقد أن المساهمة في حلهما قد يفتح الباب أمام العلاج والضبط وهما :

١ – افتقاد المريض لأي دافع مباشر للعلاج .

٢ – وبـــسبب ذلـــك تعثـــرت كـــل محاولات الإصلاح ، وافتقد العاملون بدورهم الدافع للعمل معـــه .

ولهـــذا تـــبلور الهدف العلاجي للمريض في العثور على طريقة أفضل لتعامل بيئة المستشفي معه، بحيث يمكن استمالته ليكرس أطول وقت ممكن في الإجـــراءات العلاجية التي كانت تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه ، وبالتالي يزداد إقبالهم على مساعدته.

ولتحقـــيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى من العلاج في التوصل إلى فهم دقيق ونوعـــي لأنمـــاط الـــسلوك الـــتي كانت تصدر عن المريض ،ولتحديد كيفية استجابة الآخرين له عند حدود هذه الأنماط الســـلوكية منه .

أما عن أهم الجوانب السلوكية الكريهة فقد أمكن حصرها في أشياء منها : التبول والتبرز على أرض العنبر ، الصراخ، السب ، إزعاج المرضى الآخرين والعاملين ، نداء الأسماء بطريقه غير لائقة ، الإلحاح في تسول ممتلكات الغير كالسجائر ، والإلحاح في طلب أشياء منفرة مثل أن يطلب من الطبيب أو العاملين أن يوثقوا له رباط حذائه .... الخ .

أما عن كيفية استجابة العاملين له فقد تبين أن سلوك السيد (س) المنفر كان يستثير اهتمامهم وجزعهم والتفافهم .

وللتخلص من هذه الجوانب السلوكية البغيضة ، تم التفكير في طريقتين علاجيتين نوقشا مع العاملين وهما :

١- عدم إظهار أي اهتمام اجتماعي ، أي التجاهل التام ، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة .

٢ - إظهار الاهتمام مع إعطائه بعض المدعمات كالسجائر عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولاً من الناحية الاجتماعية . ولتحقيق ذلك تقرر تقديم إثابة مادية ملموسة في كل مرة يمكن فيها للمريض أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشر دقيقه .وكانت هذه الإثابة عبارة عن بطاقة توضع في سجله الخاص . بحيث يجب أن تقدم له فوراً سيجارتان لكل بطاقتين . وقد أمكن أيضاً استخدام هذه البطاقات لإرشاد العاملين بمقدار التقدم في سلوك المريض . وبالتالي لكي يمكنهم تدعيم أي سلوك ملائم يصدر عنه فيما بعد.

أما من حيث التغير في سلوك المريض فقد كان ملحوظاً للغاية ، فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن إلى حد ما . وبعد ستة أيام من تنفيذ الخطة العلاجية قرروا بأنه تحسن بطريقة حاسمة .ومن الطريف أن المريض في نهاية الأسبوع الثاني عزف عن موضوع البطاقات وقرر أن النقود

التي يتلقاها بمناسبة أعياد الميلاد ستمكنه من شراء احتياجاته . و في نفس هذا الوقت حدث تغير آخر من قبل العاملين ذاهم لقد أخذوا يستجيبون بطريقه تلقائية وإيجابية للتغيرات السلوكية الجيدة التي بدأت تغلب على سلوك المريض ، كما استمروا أيضاً في تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة .فضلاً عن هذا ، فقد بدأ يندمج في جوانب أخرى من السلوك المقبول لم تكن في الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى. فقد أخذ يتقرب للعاملين والمرضى الآخرين بطريقة ودودة ، ويدخل مع الزائرين في مناقشات معقولة متماسكة .

وهكذا لم يعد من الضروري تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التي أحرزها مريضنا .

تتمثل هذه الحالة نموذجاً آخر للنشاط الإكلينيكي يبرز فيها دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي بصورة أكثر وضوحاً من الحالة السابقة . فهو هنا لا يهتم بعملية التشخيص بمقدار ما يهتم بوضع خطة علاجية اعتماداً على دراسته للنظريات الأساسية في التعلم . وهو هنا لا يضع خطة علاجية فحسب بل يساهم في تنفيذها وتقييمها ، وتدريب العاملين أيضاً على الاستمرار فيها .

لقد تبلور عمل الأخصائي الإكلينيكي هنا في البحث عن تنفيذ لفكرة إنسانية وهي أن من يعتبرهم البعض حالات ميؤوسا منها يمكن في الواقع علاجها وتعديل سلوكها بطريقة إيجابية ، وعاده ما تكون نتيجة هذا زيادة في معلوماتنا الأساسية عن تكوين الأمراض النفسية وعلاجها.

وتمثل هاتان الحالتان نموذجين من مئات الحالات التي تواجه الأخصائي النفسي الإكلينيكي التي يقدم لها خدماته التي تتلاءم مع مختلف الحاجات ونوع الاضطرابات . وبرغم أن من المتعذر أن نحصر أنواع

الحالات التي يتعامل معها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ـــ فإن من الممكن وضع بعض الخطوط العريضة التي تصنف على أساسها الحالات النفسية التي تحتاج لعون الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، فيما سنرى في الفصل التالي .

قد يوحي استشهادنا بالحالتين السابقتين أن عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي يقتصر على التشخيص النفسي والعلاج أو تعديل السلوك المضطرب. وهذا غير صحيح ، لأن الأخصائي الإكلينيكي يستمد تدريبه الأساسي من دراسته لعلم النفس ومناهج البحث فيه . وبالتالي فهو يستثمر تدريبه – كباحث علمي مدرب على وسائل ومناهج البحث العلمي – في ميدان عمله كما سنرى في المثال الآتي :

٣ – القلق والاكتئاب : هل هما نمطان مستقلان أم درجتان من اليأس المكتسب ؟

من المشكلات التي تشغل اهتمام العاملين بميدان الصحة العقلية مشكلة الاكتئاب .. هل هو مكتسب اجتماعياً . أم أنه ذو مصدر وراثي أم هو نتاج لاختلال في توزيع العناصر الكيميائية في الخلايا العصبية ؟

الحقيقة أنه لم يتم الحسم بنجاح بعد لصالح نظرية دون الأخرى . إلا أن المحاولات من أنصار كل نظرية لا تزال قائمة للبحث عما يؤيد ، أو يدحض هذه النظرية أو تلك .

وقد نجح سليجمان (Seligman 1975) حديثاً في إجراء بعض التجارب والدراسات الإحصائية ولكي يثبت أن العامل الاجتماعي والتعليم هما العاملان الحاسمان في التطور نحو الاكتئاب . وبالتالي أضاف دعماً قوياً للنظرية القائلة بأن الاكتئاب هو استجابة مكتسبة اجتماعياً .

ومؤدى وجهة نظر سيلجمان (أن) الاكتئاب يتكون نتيجة للتعرض لخبرات شديدة وضغوط بيئية قوية تجعل الشخص يشعر باليأس والعجز عن

ضـبطهما ولهـذا فهـو يعتبر الاكتئاب يأساً مكتسباً وعجزاً عن التحكم في البيئة.

بعـبارة أخـرى ، فإننا عندما نواجه مشكلة ما ، فإن أول استجابة لـذلك تكـون القلـق والتوتـر .... فإذا نجحنا في حل المشكلة فإننا نشعر بالـراحة والزهو والانتصار . أما إذا فشلنا في حلها فإننا نشعر باليأس . وإذا اسـتمرت الحـياة تواجهـنا بمشاكل لا حل لها فالنتيجة أن اليأس والشعور بالعجز عن التحكم في دفـة الأمور يصبحان جزءاً ثابتاً من شخصيتنا .وهذا هو الاكتئاب.

ولكـي يـتأكد (سـيلجمان) مـن هذه الآراء ، أجرى سلسلة من الـتجارب والـبحوث الـتي أضـافت الكـثير لفهمـنا لطبيعة مرضى القلق والاكتـئاب . في إحـدى التجارب مثلاً وضع مجموعة من الكلاب منفردة علـى نحـو صـناديق مغلقة إما (مكهربة) أو تصدر منها طرقعات صوتية عنـيفة دائمـة بحـيث لا يمكـنها الـتحكم فـيها أو إيقافها فتبين أن أول الاسـتجابات التمريـضية تصدر عن الكلاب هي استجابات قريبة على نحو تقتـرب خصائصها من استجابات الشخص المصاب بالقلق . فهي تأخذ في الـتجوال في أرجـاء الـصندوق بانزعاج ظاهر وبنفاذ صبر شديد ، وبنباح مخـيف ، ولكنها بعد دقيقه واحدة سرعان ما تتوقف عن السير ، وتبقى في مكانها دون حركة أو مقاومة ، ومن الطريف أنه تبين أن وضع الكلاب في مواقـف يائـسة كهـذا الموقف باستمرار ينتهي بها ـــ حتى خارج المعمل وصـندوق التجارب ـــ إلى حالة قريبة من حالات الاكتئاب الذي يصيب الـناس . فهـي تتحول إلى كائنات سلبية خاملة ، وتبدأ في فقدان الشهية ، والهزال ، واضطرابات النوم .

من هذه الأمثلة السابقة يمكن أن نلاحظ أهم ثلاثة وظائف يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهي المساهمة في التشخيص ، والقيام بالعلاج وتعديل السلوك المضطرب ، فضلاً عن القيام بالبحوث المتخصصة التي تساهم في إثراء معرفتنا بطبيعة الاضطرابات النفسية والعقلية .

ولكن هذه الوظائف الثلاثة لا تمثل في الحقيقة كل ما يستطيع أن يقدمه الأخصائي الإكلينيكي , فهناك عدد آخر متنوع من الأدوار تتفتح أمام هذه المهنة النامية وللتوصل إلى فكرة دقيقة تستوعب وظائف الإكلينيكي العريضة وما يرتبط بها من وظائف فرعية ، يمكن أن نحدد ثلاثة وجهات عامة يمكن على أساسها الإلمام بطبيعة عمله وهي :

أ - مجال العمل أو مواقع النشاط المهني الإكلينيكي .

ب - النشاط الفعلي الذي يقوم به .

جـ - الجمهور الذي يقدم له خدماته .

أ - مجالات العمل :

فمن حيث مجالات عمل الخبير النفسي الإكلينيكي لا نجدها تقتصر على المستشفيات العقلية أو المصحات النفسية بل تمتد لتشمل مدى متنوعاً لا حصر له من الميادين منها : العيادات النفسية الخارجية ، والعيادات المدرسية ، والعيادات العسكرية ، فضلاً عن هذا فقد أصبح الآن دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي مطلوباً في مراكز التوجيه والإرشاد في المدارس والجامعات ، وامتد نشاط علم النفس الإكلينيكي للسجون والإصلاحيات ، ومؤسسات التخلف العقلي ،ومؤسسات الجانحين ، ومؤسسات علاج الإدمان على الكحول والخمور والمخدرات.

حتى مجالات الصناعة والإنتاج أصبحت تستعين بالأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين للقيام بشؤون التوجيه والإرشاد النفسي للعمل والموظفين من أجل صحة نفسيه أفضل، وطاقه أكبر على العمل والإنتاج .

ومن الجدير بالذكر أهمية الأخصائي النفسي الإكلينيكي في الميدان العسكري للتعامل مع الاضطرابات النفسية في وقت الحرب وبخاصة اضطرابات الصدمة وما بعدها ، فضلاً عن دوره في تخطيط وتوجيه العمليات النفسية كجزء من العمليات العسكرية .

والحقيقة أن اتساع مجالات العمل للأخصائي النفسي الإكلينيكي جاء مصاحباً لاتساع دوره بحيث أصبح لا يقتصر على المشكلات العقلية والاضطرابات ... ولكن امتد ليشمل أي ميدان يوجد فيه اهتمام بالإمكانيات البشرية من أجل دفعها إلى الأمام وإلى مزيد من الصحة والفاعلية والإنتاج .

ب - النشاطات :

وفي داخل كل مجال من المجالات السابقة ، تتسع النشاطات والوظائف التي يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي ، صحيح أن من الشائع أن عمله يقتصر على تطبيق الاختبارات النفسية ، لكن هذا غير صحيح ، على الأقل في الوقت الحالي. فتطبيق الاختبارات النفسية لا يمثل في واقع الأمر إلا جزءاً بسيطاً من وظيفة واحدة يقوم بها الأخصائي النفسي الإكلينيكي وهي وظيفة التشخيص . والتشخيص لا يمثل إلا نشاطا كبيراً واحداً من بين النشاطات المتعددة التي يقوم بها ولهذا يمكن أن نحصر تلك النشاطات في نقاط ثلاث هي :

١ - المساهمة في تشخيص الأمراض النفسية والعقلية المختلفة : وقد يستخدم هنا الأخصائي النفسي عدداً من الاختبارات المقننة الملائمة لأغراضه ، بجانب عدد آخر من الوسائل مثل الملاحظة والمقابلات الشخصية ودراسة الحالة . وتتعدد الأهداف من التشخيص فلا تقتصر على وضع المريض في فئة تصنيفية من فئات الاضطرابات بل يجب أن تشتمل على عملية تقويم شاملة للشخصية بحيث يمكن التقرير

الإكلينيكي لحالة معينه من معرفة الكثير عن العوامل المسببة للمرض ، ومصدر الاضطراب إن كان عضوياً أو وظيفياً ، ومسار هذا الاضطراب مستقبلاً والمناهج العلاجية التي تصلح مع هذا المريض، ولهذا يفضل العلماء الآن أن يستبدل مفهوم التشخيص بمفهوم التقييم النفسي للحالة بالمعنى العريض .

٢ - العلاج : لم تصبح هذه الوظيفة جزءاً من عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلا بعد الحرب العالمية الثانية . حيث بدأ الطلب يشتد للنشاطات ذات الطابع النفسي الإكلينيكي لمواجهة الاحتياجات النفسية الشديدة للمجندين وعصاب الحرب ، و يستخدم الأخصائي النفسي الإكلينيكي مناهج متنوعة من العلاج تنتمي نظرياً لإطارات مختلفة من أهمها : نظرية التحليل النفسي ، نظريات التعلم ، النظريات الإنسانية والنظريات المعرفية العقلانية .

٣ - البحث : يمثل القيام بالبحوث وظيفة هامة من الوظائف التي يجب أن يقوم بها الأخصائي النفسي .ويحدد (Mackay 1975)خمسة أنماط عريضة من البحوث ذات الطابع الإكلينيكي :

أ - إجراء التجارب السلوكية على الحيوانات بهدف الوصول إلى فروض محددة عن الطبيعة البيولوجية بالاضطرابات النفسية والعقلية .

ب - التحقق من الفروق التي تنم عن طبيعة الاضطرابات النفسية في مختلف الجماعات والفئات المرضية .

جـ - التفحص والتدقيق العلمي في دراسة أسباب الاضطرابات النفسية .

د - المقارنة بين الأشكال المختلفة من العلاج .

هـ - الكشف عن العلامات التي تمكن من الحكم على إمكانية شفاء مريض معين .

ولهذا يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي لتدريب مكثف على فنون البحث . وبالرغم من أن بعض الجامعات الأمريكية تؤكد في تدريبها للأخصائي النفسي الإكلينيكي على الممارسة الإكلينيكية وتقديم الخدمات , وتقلل من شأن البحث العلمي ، فإن هناك اتجاهاً قوياً يرى أن الممارسة الإكلينيكية دون أن تسندها نتائج البحوث العلمية التجريبية قد تفتقد إلى الكثير من الفاعلية ، وقد تكون أحياناً مصدراً للضرر.

وقد واجهت الجامعات الأمريكية التعارض بين هذين التيارين : التيار الذي يرى تركيز التدريب على الممارسة الإكلينيكية والتيار الذي يرى تشجيع التدريب على البحث ومهارات المنهج ، واجهته بأن ابتكرت نظاماً آخر للدكتوراه في علم النفس يركز على تدريب الطالب على الممارسة في مجالات التشخيص والعلاج في المؤسسات الإكلينيكية المختلفة ونطلق على هذا النوع من الدكتوراه دكتوراه في علم النفس Psy.D وهو يختلف عن دكتوراه الفلسفة D.Ph. التقليدية التي يركز الطالب فيها على البحث العلمي والأكاديمي.

وتتسع نشاطات البحث التي يجب أن يقوم بها المتخصص في علم النفس لتشمل القيام ببحوث متنوعة يساعد بعضها على كشف العوامل المسببة للاضطرابات المختلفة ، ويساعد بعضها الآخر على إلقاء الضوء على فاعلية النظريات الحديثة . وهناك أيضاً بحوث يقوم بها الإكلينيكيون بهدف تقرير التحسن في الشخصية والتغير فيها في ظل شروط علاجية مختلفة . فضلاً عن هذا نجد اهتماماً بالبحوث ذات الطابع التطبيقي الإداري وذلك مثل البحوث التي تجرى بهدف تقييم أشكال معينه من الإدارة والبرامج في مجالات الصحة النفسية وما تتركه من آثار ونتائج على سلوك المرضى .

٤ - الاستشارة وتقديم النصح : تعتبر وظيفة المستشار النفسي الإكلينيكي من الوظائف الحديثة التي أخذت في التطور . وتتخذ الاستشارة أشكالاً عدة. ولو أن (ساندبيرج) Sundberg (وتيلر) (Tyler) و (تابلين) (1973) يميزون بين نوعين رئيسين من الاستشارة :

١ - الاستشارة الإكلينيكية التي يكون فيها إعطاء النصح وتقديم المشورة فيما يختص بالجوانب الإكلينيكية للحالة . وقد تشمل هذه الوظيفة أن يقوم الأخصائي نفسه بإجراء عمليات التشخيص والعلاج أوقد تقتصر على إعطاء النصح للعاملين الآخرين الأقل تدريباً إكلينيكيا بخصوص المناهج العلاجية التي تصلح للمريض ، وأساليب معالجة المشاكل الطارئة في حياة المريض .

٢ - الاستشارة التي تتم بهدف إنشاء البرامج الإكلينيكية العاملة وتقييمها : وفي هذه الحالات لا تكون وظيفة الأخصائي النفسي محصورة في الحالات الفردية ، ولكنها تكون مركزة على تحسين النظم العلاجية العامة فقد يطلب مدير المستشفي مثلاً مشورة الأخصائي النفسي الإكلينيكي فيما يختص بتقديره للمناهج الملائمة لإدارة العنابر العلاجية وتدريب الممرضين ، والعاملين على ضبط سلوك المرضى . وبالمثل فقد يطلب ناظر المدرسة مشورة الإكلينيكي المختص في تقييم الأساليب الدراسية التي يستخدمها المدرسون مع الطلاب للوصول إلى أنجح البرامج التي تضمن الكفاءة في العمل والتعلم . وفي هاتين الحالتين يكون المستشار النفسي مهتماً بقضايا إكلينيكية أعم من الحالات الفردية .

وعادة ما تطلب المؤسسات المشورة الإكلينيكية من النوع الأول ثم تطلب المشورة العامة إذا ما زادت ثقتها بالعمل النفسي الإكلينيكي.

جـ - الجمهور الذي يقدم له خدماته :

يعرف البعض (Korchin1976) علم النفس الإكلينيكي على أنه في أساسه اتجاه إكلينيكي بمعنى أنه يهتم بفهم المشكلات التي تعترض بعض الأفراد ويحاول تقديم الحلول لها ما أمكن . وهكذا نجد الجمهور الذي يعامله الإكلينيكي هو أساس الجمهور المضطرب واتجاهه نحو هذا الجمهور هو تقديم العون والإعانة على حياة أفضل وأكثر فاعلية . ولهذا يمكن أن ننظر لعلم النفس الإكلينيكي بصفته مهنة الهدف منها الإغاثة وتقديم العون لمن يحتاجه Helping Profession.

وتتنوع الاضطرابات التي تواجه الشخصية وتمتد لتشمل تلك الحالات التي تتراوح من مشاعر الكدر والضيق إلى الحالات العقلية الخطرة ، والتخلف العقلي ، والجناح .

والطريق الشائع في تقسيم الاضطرابات التي تواجه الشخصية هو النظر إليها وفق خمس فئات كبرى هي :

١ - الأعصبة .
٢ - الذهان الوظيفي .
٣ - الذهان العضوي.
٤ - اضطرابات الشخصية .
٥ - التخلف أو الضعف العقلي.

وسنعرض في فصل تال ما يميز كل فئة من الفئات السابقة من أعراض واضطرابات.

إلا أن جمهور عالم النفس الإكلينيكي أصبح الآن أكثر اتساعاً من الاقتصار على الفئات السابقة ، وامتد ليشمل الناس ـــ فرادى ـــ أو مجموعات .

ولهذا تحول بعض علماء النفس الإكلينيكي تدريجياً من مفهوم التعامل مع فرد واحد مضطرب في جلسة تشخيصية أو علاجية ، إلى مفهوم أكثر اتساعاً فأصبح من جمهور الإكلينيكي الآن الأزواج والعائلات التي تطلب عوناً إكلينيكيا لتغيير أنماطها السيئة في التفاعل . كذلك طلاب المدارس والجامعات وكل المرضى الذين يعتبرهم الطبيب البشري الممارس حالات مضطربة . واتسع المجال أكثر وأكثر ليشمل المساجين أو حتى كل الأطفال الجانحين في مؤسسة كبيرة تطلب العون لإدارة تضمن أكبر قدر من الصحة النفسية والفاعلية لنزلائها .

بعبارة أخرى ، فإن الجمهور الذي يحتاج للخدمات النفسية الإكلينيكية أصبح يشمل الآن كل الأفراد أو الجماعات التي تطلب العون للتخلص من أنماط ومشكلات اجتماعية ، أو عقلية أو تطلب الإرشاد لطرق أكثر إيجابية وفاعلية تساعدها على حياة أفضل.

سمات الأخصائي النفسي الإكلينيكي وشخصيته

أجرى (كيلى) (Kelly) و(جود بيرج) Goodberg(1959) دراسة تتبعية لـ ٢٤٨ أخصائي إكلينيكي من العاملين بالمستشفيات ممن كان قد سبق دراستهم أثناء دخولهم للجامعة للدراسة فتبينت لهما بعض الخصائص الخاصة .فمن ناحية وجد الباحثان أن هناك فرقاً في سمات الشخصية والخصائص الخاصة بين الإكلينيكيين العاملين بالبحث الأكاديمي وهؤلاء الذين عملوا بميدان الإدارة والإشراف الإداري .

كذلك تبين أن هناك خصائص شخصية مستقلة تميز طائفة الإكلينيكيين الذين يعملون في ممارسة العلاج النفسي :

١ - فقـد تميـز الإكلينيكيون العاملون بالبحث الأكاديمي بارتفاع مستوى الـذكاء ، والإلمـام النظـري العلمي بميدان التخصص والشهرة .لكن نـشاطاتهم الاجتماعـية محـدودة . وقـد تميـزت طفولـتهم بـبعض الاضـطرابات والـصراعات . أمـا نـشاطاتهم الرياضـية في بدورها محـدودة ، كـذلك قدراتهم على القيادة . يعانون من العزلة والوحدة ولكـن يغلب عليهم حب الاستطلاع والتفوق الأكاديمي طوال فترات الدراسة .

٢ - أمـا طائفة الإكلينيكيين العاملين بالإدارة والإشراف فقد غلبت عليهم خـصائص الانبـساط ، والمـساهمات الرياضـية مبكراً ، والقدرات القـيادية . وعادة ما كانوا ينجحون نجاحاً لا بأس به ولكن درجاتهم علـى مقاييس الذكاء كانت أكثر انخفاضاً من فريق الباحثين . كذلك يغلب عليهم القدوم من أسر أكثر تديناً .

٣ - أمـا طائفـة المعـالجين فلـم تتميـز بخصائص مستقلة عن الجماعتين الـسابقتين فقـد جمعت هذه الطائفة خصائص موجودة في الطـائفتين الســابقتين ، ولو أن طفولتهم تشابهت مع طفولة فريق العاملين بالبحث مـن حيث تميزها بالصراعات والتصدع الأسرى ، وغلبة مشاعر النقص خلال فترة الدراسة .

وقـد أضـافت بحـوث تالـية نـتائج أخرى عن الخصائص المميزة للإكلينيكـيين العاملين بالبحث والعلاج (e.g. Henry, Sims, Spray, 1971) منها وجود دافع قوي ورغبة شـديدة لفهم الناس ومساعدتهم ، وكذلك في فهـم أنفـسهم. وقد وجد (Roe ,1969) أن المعالجين يحصلون على درجات مـرتفعة على بعض مقاييس الـ MMPI منها زيادة الميول الأنثوية ، والنفور

مـــن العلـــوم الرياضـــية وزيـــادة في الاهـــتمام بالناس ، والفنون والنظريات العلمية .

وتوحـــي هذه النتائج في مجملها أن هناك دوافع معينة تدفع الشخص إلى اتخـــاذ المهـــنة الإكلينيكية . إلا أن هذه الدوافع يجب تناولها بحذر . فمن ناحية بينت البحوث أن من الصعب التنبؤ بالنجاح في العمل الإكلينيكي في المـــستقبل أومـــن ســـيكون مـــن الأشـــخاص المـــتقدمين لأقسام علم النفس الإكلينيكـــي أكثـــر نجاحاً من غيره ذلك باعتماد على الاختبارات والمقاييس النفـــسية الشائعة . إلا أن أفضل أداتين تمكنـــنـــا من التميز بين الناجحين في العمل الإكلينيكي كانتا :

١- اختـــبار ميلر للمتشابهات Miller Analogy Test للذكاء، واختبار ميلر يطبق عادة على الطلاب المتقدمين للدراسات العليا بالجامعات الأمريكية . ومعـــنى هذا أن الجوانب العقلية والذكاء هما من أكثر المؤشرات تنبوءاً بالنجاح في العمل الإكلينيكي.

٢- أمـــا الاختـــبار الـــثاني فهـــو اختـــبار المـــيول المهنية لسترونج Strong Vocational Blank.

الإكلينيكي وشخصيته

كيف تتميز الحياة الشخصية للأخصائي النفسي الإكلينيكي ؟ ، وما هـــي الخصائص الشخصية التي تساهم في نجاحه المهني ؟ وما الذي يجب على الطالب في علم النفس الإكلينيكي أن ينمى من شخصيته ؟

العمـــل الإكلينيكـــي فيما نعرف عمل جمهوره هو المضطربون نفسياً والـــذين يعانـــون مـــن المـــشكلات الاجتماعية المختلفة لذلك فإن شخصية الإكلينيكي ذات وزن كبير لضمان نجاحه المهني وسلامة المرضى .... الخ

وفيما يلي بعض الخصائص التي يجب توافرها في الأخصائي النفسي الإكلينيكي :

١ - يتطلب الإكلينيكي كفاءة شخصية وقدرة على اتخاذ القرارات الملائمة في أكثر المواقف غموضاً .وتزداد أهمية هذا العامل إذا أخذنا في الاعتبار أن علم النفس علم لازال حديثاً ولازالت قضايا السلوك المرضي أمر يصعب تفسيرها تفسيراً دقيقاً ومع ذلك فإن الإكلينيكي الذي يعمل في ميدان الممارسة يجد تقريباً مشكلات يومية تحتاج منه لاتخاذ القرارات وإلا فقد يكون الضرر بليغاً بالمرضى وبالوضع المهني ذاته . ومجالات الممارسة تختلف عن مجالات الدرس والبحث في أنها تحتاج لنصائح عملية بسيطة . وقد يجد الأخصائي الإكلينيكي المدرب على البحث نفسه في مواقف خرقاء وعاجزة عن المساهمة في الميدان إذا لم يكن على درجة كبيرة من الثقة بالنفس والكفاءة ، والمبادرة واتخاذ القرارات العملية السليمة حتى وإن افتقدت البحث .
صحيح أنه يجب على الأخصائي الناجح أن ينمي في نفسه حب البحث والتساؤل ، لكن يجب في نفس الوقت أن ينمي ثقته في معالجة المشكلات الطارئة والعملية .... ولهذا فإن المؤتمرات المهنية والتدريبية والتفاعلات بالزملاء ضرورة لإعطائه هذا السلاح القائم على الخبرة .

٢ - القدرة على تطوير علاقات إنسانية ، ولكن مهنية بمرضاه وجمهوره ، ويحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى أن ينمي بجمهوره علاقة إنسانية دافئة ولكنها يجب أن تكون في نفس الوقت واقعية ومهنية ، ولهذا يؤكد كثير من المعالجين أهمية التعاطف Empathy بالمريض، والتعاطف معناه إحساس المعالج بمشكله المريض كما يعيشها المريض ذاته . وبهذا فهو يختلف عن العطف أو الشفقة Sympathy .

ومن أحد أساليب إظهار التعاطف والمشاركة : الإصغاء للمريض وتشجيعه على الحديث عن نفسه بتقبل واهتمام دون نقد ، أو حكم ، أو موافقة أو عدم موافقة ، ولهذا فإن أقسام العلاج النفسي ومراكزه تولي اهتماماً شديداً لتدريب المعالجين على تنمية هاتين الخاصتين . ومن الممكن للشخص ذاته أن ينمي خاصية الإصغاء والمشاركة والإحساس بمشكلات الآخرين بطرق متعددة منها الإصغاء المتعمد للناس الذين تشعر أنك لا تقبلهم وبالقراءة ، والإطلاع على السير الذاتية والحالات الإكلينيكية المختلفة.

٣ - إدراك المريض في إطاره الاجتماعي والتصرف بمقتضى ذلك .إن المريض ليس شخصاً مجرداً عن واقعه الاجتماعي والمعالج الناجح هو الذي يدرك ذلك جيداً بأن يعي الظروف الاجتماعية والبيئية التي تحيط بالمريض ، وهذا يقي المعالج من أن يقود المريض لمناهج علاجية غير مرتبطة بظروف المريض الاجتماعية ، ويضفي على فهمه العلاجي والتشخيص شيئاً من الواقعية . ولهذا، فإن المعالج الإكلينيكي الناجح هو من يحاول أن يفهم الإطار الاجتماعي والبيئة التي أتى منها المريض بهدف فهم كيفية تكون المرض وكيفية علاجه ولهذا ، فإن سؤال الأهل والأقارب قد أصبح الآن ممارسة عادية بين الأخصائيين النفسيين العاملين بالميادين الإكلينيكية .

٤ - التعامل مع الزملاء ومؤسسات العمل : يعمل كثير من الإكلينيكيين فيما عرفنا في العيادات النفسية والمستشفيات والجامعات والمصانع والإدارات المختلفة . ولكي يتمكن الأخصائي من مساعدة جمهوره فإنه يحتاج أساساً للتعامل مع الإدارات والمؤسسات والزملاء ، والأجهزة البيروقراطية .

ومـن الـضروري أن يـتدرب الإكلينيكـي على التعامل مع هذه الإدارات ، بـأن يطلـع علـى أدوار العاملين الرسمية، و مصادر القوه غير الـرسمية ، وكيفـية الاتـصال بأصـحاب القـرارات والمهيمنين على جهاز المؤسسة.

ويجـب أن لا يفاجـأ الإكلينيكـي عـندما يجد أن كثيراً من أجهزة الـصحة العقلـية تـضع قـواعد إدارية عامة ولوائح تطبق على الجميع دون اسـتثناء ولكـنها قـد تقـيد نتـيجة لهذا بعض الأفراد وتحد من حرياقم . والعاملـون والزملاء أيضاً قد ينطلقون نفس المنطلق ويفهمون دور المؤسسة نفس الفهم . وعلى هذا فقد يجد الإكلينيكي أن وقته قد يمزق بين مرضاه .. والـتعامل مع الجهاز البيروقراطي ، ويجب عليه لهذا أن يحقق بعض التوازن بـين وقـته كمعالج ووقته كعامل في جهاز إداري ، وأن يكون قادر اً على تحديد الأولويات في أدائه لكل دور من هذين الدورين .

٥ – احتـرام الـذات وفهمها : احترام الذات وفهمها وتطوير إمكانياتها عمل ضروري لكل إكلينيكي سواء كان اهتمامه موجهاً للبحث أو العلاج أو الاستشارة ، ولهذا فإن الأخصائي الإكلينيكي المؤثر هو من يـستطيع أن يحقـق التوازن بين حاجته للانغماس أو البعد عن عمله ، وأن يعرف متى ينشط ويتحمس ومتى ينسحب ويتراجع .

ويحتاج أيضاً إلى أن يعيد فهمه لذاته ويلاحظها عندما يجد أن علاقته بأحـد مرضاه قد أخذت تتجاوز شكلها المهني ، أو عندما يجد حـياته قد اتسمت بالقلق أو الاكتئاب . ويعلم أيضاً أن الحياة لا تخلو من مجازفات محسوبة وشجاعة على اتخاذ القرارات في مجال لازال من أكثـر المجالات العلمية غموضاً. ويعلم أيضاً أنه لا يستطيع أن يساعد أحـداً لا يريد منه المساعدة أو العون . ولهذا أيضاً فهو يحتاج إلى أن

ينمـــي أحـــد الجـــوانب أو النشاطات الأخرى في حياته مما يسمح له بتحقيق الرضا الانفعالي والنفسي بعيداً عن مجال العمل .

ولأهمـــية هـــذا العامـــل الشخـــصي في حياة الإكلينيكي فإن مدرســة التحليل النفسي مثلاً لا تسمح لشخص أن يمارس التحليل ما لم يخـــضع هو ذاته للتحليل النفسي عند محلل نفسي متخصص.ولو أن العـــلاج الشخـــصي غير مطلوب في المدارس الأخرى ، فإن من المهم علـــى الإكلينيكـــي أن يكون واعياً بذاته وأفعاله ، وأن يحتفظ بسجل سلوكي شخصي بحياته , ونظراً لأن كل شخص تقريباً يتعرض للتوتر والقلق ، فإن الإكلينيكي الناجح هو من يجد رفيقاً أو زوجة أو صديقاً بعيداً عن العمل يبثه شكواه ويساعده على التخفف من التوتر ومعالجة المشكلات الطارئـــة .

كـــذلك لا يجـــب أن تخلـــو حـــياة الإكلينيكي من التخطيط الذكي بحيث تجمع حياته بين جوانب الترفيه والنشاط الجسمي ، جنباً إلى جنب مع الاهتمام بحياة جمهوره وسعادة الآخـــــرين .لهذا يثبت Gurman(1972) في بحـــث لـــه عن المعالجين الناجحـــــين أن المعالج الناجح هو من يخلو نسبياً من الصراع النفسي ولكنه يستطيع في نفس الآن أن يواجه مشاعر الاضطراب والتوتر عند حدوثهما .

المتطلبات الأخلاقية للعمل الإكلينيكي :

بالـــرغم مـــن أن الممارســـين الإكلينيكيين طوال تاريخ علم النفس الإكلينيكـــي كانـــوا على وعي بالمعايير الأخلاقية التي تتطلبها المهنة في أدق صـــورها إلا أن كـــتابة (دســـتور) للمعـــايير الأخلاقية التي يجب أن تحكم الممارســـين في هذا الميدان ، لم يكن من السهل تدوينه إلا في سنة ١٩٥٣ ،

وعندما نشرت جمعية علم النفس الأمريكية ميثاق المعايير الأخلاقية(APA,1953, 1963) وقد اعتمدت في ذلك على الدراسة المستفيضة للمشكلات الصعبة التي تواجه الممارسين والقرارات الدقيقة التي يشعر الفرد منهم بالحيرة عند اتخاذها .وقد أرفقت جمعية علم النفس الأمريكية بالميثاق الأخلاقي الذي صاغت مبادئه بالتعاون بين أعضائها كتيباً آخر يشرح معنى كل مبدأ نشر ، وبعض الحالات التي يتعرض لها الأخصائيون النفسيون لتحديد معنى هذه المبادئ في ميدان الممارسة العملية (APA,1967) .

وفيما يلي بعض المبادئ الأخلاقية التي ترتبط بميدان الممارسة الإكلينيكية :

المبدأ الأول : التمسك بالمعايير الأخلاقية والقانونية :

على الأخصائي النفسي عند ممارسته لمهنته أن يظهر احتراماً واضحاً للأوضاع الاجتماعية السائدة في مجتمعه فضلاً عن الاستجابة للتوقعات الأخلاقية من قبل المجتمع الذي يعمل فيه . وأن يضع في الاعتبار أن قيامه بالخرق للمعايير الاجتماعية والأخلاقية والقانونية السائدة ، قد يترك آثاره السيئة على مرضاه ، وطلابه وزملاء مهنته ، ويصم اسمه وسمعته المهنية بشكل عام .

المبدأ الثاني : التصريحات العامة :

التحلي بالتواضع ، والحذر العلمي ، والوعي الواضح بحدود المعرفة العلمية المتاحة وذلك في كل التصريحات التي تصدر عن الأخصائي النفسي عندما يطلب منه – مباشرة أو غير مباشرة – الإدلاء بمعلومات معينة للجمهور .

المبدأ الثالث : السرية :

حماية أي معلومات يكون قد حصل عليها من فرد معين بطريق التعليم ، أو الممارسة أو البحوث مطلب والتزام أخلاقي أساسي على الأخصائي النفسي العمل به . ويجب تجنب إفشاء هذه المعلومات بأي حال

مـن الأحـوال لأي شخص إلا تحت شروط ضرورية (أوضحتها الملاحـق المرفقة بميثاق المعايير الأخلاقية) فالعلاج (انظر للمزيد عن مبدأ السرية في العلاج النفسي . (Imber ,et. al .1986)

المبدأ الرابع : الصالح العام للعميل (أو الحالة) :

يحترم الأخصائي النفسي تكامل الشخص أو الجماعة التي يعمل معها ويحمـي مـصالحها مـا أمكن (ومن الأمثلة التي يضعها الميثاق لذلك : أن يحـتفظ الإكلينيكي بمسئوليته تجاه الحالات التي تحول إليه أن يتولى شخص آخـر المـسؤولية ، وأن يكون قادراً على إنهاء علاقة إكلينيكية بمرضاه طالما يعرف أنها أصبحت غير مفيدة ، وأن لا يغفل في مواقف الصراع مع أعضاء المهـن الأخـرى أن الأولى باهـتمامه في مثل هذه الظروف هو الحالة وليس المهنة .... الخ) .

المبدأ الخامس : الإعلان عن الخدمات :

علـى الأخصائي النفسي أن يتمسك بالمعايير المهنية ، وليس بالمعايير الدعائـية أو الـتجارية عـند محاولـته التعريف بخدماته (فمثلاً يجب تجنب الإعلان عن عمله ، وأن لا يتحيز في اختباره للحالات التي تأتى ، وأن لا يضع عند تقديم خدماته متطلبات مغالى فيها .

المبدأ السادس : تفسير الاختبارات والمقاييس :

والدرجات التي يحصل عليها الأخصائي النفسي باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات يجب معاملتها نفس المعاملة التي يعامل بها هذه الأدوات فـلا يجعلـها مـتاحة إلا للأشـخاص المـدربين علـى تفـسيرها أو الذين سيستخدمونها بطريقه لائقة .

المبدأ السابع : الحيطة عند ممارسة البحث العلمي :

يـتحمل الأخصائي النفسي المسؤولية كاملة لحماية صالح الأشخاص والحيوانات التي تكون موضوعاً لبحوثه :

ووفقاً للتنظيمات الحديثة في ميدان الخدمات الطبية النفسية في المجتمع الأوربي الأمريكي نشأت فكرة الفريق العلاجي داخل المؤسسات العلاجية ، وخارجها من خلال التعاون بين الفئات التالية التي تشكل ،الطاقم الإكلينيكي ويتكون من :

(١) استشاري الطب النفسي :

وهو الطبيب الحاصل على بكالوريوس في الطب والجراحة وتدرب لمدة لا تقل عن عامين كطبيب نفسي مقيم بمؤسسة علاج نفسي ثم حصل على درجة الماجستير والدكتوراه في الطب النفسي مع خبرة تؤهله للعمل كاستشاري في ميدان الطب النفسي لا تقل عن ثلاث سنوات بعد حصوله على الدكتوراه أو الزمالة البريطانية أو البورد الأمريكي في الطب النفسي . ويقوم بمهام الإدارة الطبية للمؤسسة العلاجية أو لأحد أقسامها والإشراف على الجوانب الطبية في المؤسسة والاشتراك مع الهيئة العلاجية في وضع الخطة العلاجية الرئيسية للمؤسسة والإشراف على تنفيذها وإجراء البحوث المتعلقة بتطوير البرنامج العلاجي والإشراف على التقارير الطبية الصادرة والتعامل الفني مع المؤسسات العلاجية الأخرى مع قيامة بوضع الخطط التدريبية للطاقم الطبي .

(٢) أخصائي الطب النفسي :

وهو الحاصل على بكالوريوس في الطب والجراحة وماجستير أو ما يعادله في الطب النفسي إذ تعترف بعض المؤسسات العلاجية بالدبلومات في ميدان الطب النفسي، فضلاً عن قضائه مدة لا تقل عن ثلاث سنوات خبرة بعد الماجستير وهو عضو في الفريق العلاجي ويقوم بمهمة الإشراف الطبي المباشر على الحالات المعروضة ويشرف على تنفيذ البرنامج العلاجي السيكياترى في قسمة كما يتولى تدريب الأطباء النفسيين المقيمين وغيرهم من الأخصائيين في التخصصات النفسية الأخرى .

(٣) الطبيب النفسي المقيم :

وهو الطبيب المعالج الذي يشرف على عدد محدد من المرضى ويتصل مباشـرة بالمرض النفسي ، ويقع على كاهله تنفيذ كل التوصيات العلاجية المقترحة من استشاري وأخصائي الطب النفسي ، والفريق العلاجـي .

(٤) الاستشاري النفسي :

وهـو الحاصل على درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع حصوله على درجتي الماجستير والدكتوراه في علم النفس الإكلينيكي مع خـبره في ميدان العمل النفسي لا تقل عن ثلاث سنوات. ويقوم بمهمة إدارة أقسام الصحة النفسية ووضع خطط القياس والعلاج النفسي وتدريب الطاقم الإكلينيكـي على مهارات القياس النفسي والعلاج النفسي وابتكار أساليب للقـياس النفـسي ، والمـشاركة في وضـع البرنامج العلاجي العام وحضور اجـتماعات مجلـس إدارة المؤسسة ، وعمل البحوث والدراسات في ميدان تخصـصه الـتي تفـيد الـبرنامج العلاجي والمشاركة في وضع خطط العلاج النفـسي الفـردي والجمعـي وتقييم الأعمال النفسية في المؤسسة العلاجية، وانتقاله إلى المؤسسات العامة لأعمال الوقاية والتوعية النفسية .

(٥) الأخصائي النفسي :

وهـو الحاصـل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي بعد حـصوله علـى درجة البكالوريوس أو الليسانس في علم النفس مع خبرة لا تقـل عـن ثـلاث سنوات في ميدان القياس والعلاج النفسي ، ويقوم بمهمة القـياس النفـسي للمـساعدة على التشخيص الدقيق وتحديد خطة علاجية خاصـة بكـل مـريض (علاج فردي) والمشاركة والمساعدة لقائد الجماعة العلاجـية والمـشاركة في القرارات الإكلينيكية وحضور اجتماعات الفريق العلاجي لوضع أنسب الخطط العلاجية بإشراف الاستشاري النفسي .

(٦) الباحث النفسي :

وهو الحاصل على الليسانس في علم النفس أو دبلومة في علم النفس الإكلينيكي مع خبرة ثلاث سنوات تدريبية في أحد المؤسسات العلاجية ويقوم بعمل المقابلات الأولية والتشخيص المبدئي للحالة ومساعدة الأخصائي النفسي في تطبيق المقاييس ومشاركته في العلاج الجمعي والاتصال بالطبيب المعالج والتعاون مع أقسام التأهيل في إطار الإشراف على الخطط التأهيلية للمرضى.

(٧) كبير الأخصائيين الاجتماعيين :

وهو الحاصل على درجة الدكتوراه أو الماجستير في الخدمة الاجتماعية الطبية ، ويقوم بإدارة قسم الخدمة الاجتماعية الطبية والمشاركة في الفريق العلاجي الرئيسي وتنظيم العمل الاجتماعي داخل المؤسسة وخارجها ، والقيام بأنشطة الإرشاد والعلاج الأسرى ، ووضع البرامج الترفيهية للمرضى مثل الرحلات والحفلات ،والتعامل مع المشكلات الاجتماعية ودعوة الأسر لمساندة البرنامج العلاجي والتعاون مع المؤسسات الأخرى لتقديم المساعدات المادية والمعنوية للبرنامج العلاجي وتنظيمه للندوات لأفراد المجتمع العام ، والإشراف على زيارات أسر المرضى لمرضاهم والقيام بالبحوث في ميدان الخدمة الاجتماعية وفي الوسط الاجتماعي المحيط بالمؤسسة وإشرافه على أعمال الأخصائيين الاجتماعيين والباحثين الاجتماعيين ووضع الخطط التدريبية لهم والإشراف عليها ،مع حضوره لاجتماعات مجلس إدارة المؤسسة .

(٨) الأخصائي الاجتماعي :

وهو الحاصل على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية الطبية مع خبرة لا تقل عن ثلاث سنوات في الميدان ، ويقوم بعمل التقييم الاجتماعي الشامل للمريض والاتصال بأسر المرضى والكشف عن المشكلات الاجتماعية للمريض وأسرته والعمل على حلها والمشاركة في اجتماعات

الفريق العلاجي والقرارات العلاجية المتعلقة بالتقدم العلاجي للمريض ، والإشراف على الزيارات الخاصة بمرضاه وتطبيق البرنامج العلاجي الاجتماعي في القسم الذي يعمل به والتعاون مع الفريق العلاجي في الاتصال بأسرة المريض وأخذ البيانات الكافية عن الحالة وتنفيذ البرامج الترفيهية للمرضى والقيام بتدريب الباحثين الاجتماعيين والإشراف على أعمالهم .ومساعدة كبير الأخصائيين في أعمال التوعية الصحية بالمؤسسات الأخرى والمجتمع العام.

(٩) الباحث الاجتماعي :

وهو الحاصل على درجة البكالوريوس أو الليسانس في الخدمة الاجتماعية مع خدمة تدريبية لثلاث سنوات على الأقل ويقوم بأنشطة خدمة الفرد وخدمة الجماعة وتنظيم الاجتماعات المقررة ، والتنسيق مع الباحث النفسي والطبيب النفسي لتنفيذ الخطة العلاجية المقررة للمرضى مع انتقاله للخارج بعمل الزيارات المترلية لأسر المرضى ونقل التوصيات العلاجية لهم ومراقبة الأنشطة التأهيلية للمرضى في الأقسام المساندة.

(١٠) التمريض النفسي : ويشتمل على :

أ - مدير التمريض :

وينبغي أن يكون حاصلاً على درجة الدكتوراه أو الماجستير في التمريض النفسي مع خبرة لا تقل عن خمس سنوات في ميدان الطب النفسي ويقوم بالإشراف على أعمال التمريض وتنفيذ الخطة العلاجية التدريبية لطاقم التمريض والإشراف عليها والمشاركة في الدراسات والأبحاث الخاصة بتطوير نظم التمريض داخل المؤسسة والتعاون مع أقسام مكافحة العدوى والتغذية والجودة النوعية وأقسام السجلات الطبية والتعامل المباشر مع المدير الطبي وحضور اجتماعات مجلس إدارة المؤسسة .

ب - رئيس التمريض :

وهـو الحاصـل على الماجستير في التمريض النفسي مع خبرة ثلاث سنوات على الأقل ويقوم بالإشراف الإداري على طاقم التمريض في القسم الخـاص بـه وتوزيـع الأدوار علـى كل ممرض وفقاً لتخصصه وإمكانياته ومتابعة تنفيذ البرنامج العلاجي للمرضى ووضع الخطة التمريضية للمريض .

جـ - الممرض النفسي :

وهـو الحاصل على دبلوم التمريض الفني مع خبرة خمس سنوات أو حاصـل علـى بكالوريوس التمريض مع خبرة تدريبية لا تقل عن عامين في ميدان التمريض النفسي وهو من أهم العاملين في الميدان ،إذ يقوم برعاية كل أحـوال المـريض ويلاحظ العدد المكلف به **ويـدون** ملاحظاته النفسية على سـلوك المـريض ومـدى تقدمـه العلاجي وعرض شكاوى المريض البدنية والنفـسية والاجتماعـية لأعضـاء الفريق العلاجـي ، وإعطاء الجرعات الدوائـية بانـتظام . وتنظـيم عمـل الفريق العلاجي وربط المريض بالمعالج وحـضور الاجـتماعات العلاجية والأنشطة العلاجية المقررة على مدار ٢٤ ساعة من خلال المناوبات .

وعلى هذا النحو يكتمل الفريق العلاجي الأساسي لننتقل إلى الفريق العلاجي المساند أو أقسام التأهيل ويتكون هذا الفريق من :

(١) استشاري التأهيل النفسي :

وهو الحاصل على الدكتوراه في التأهيل النفسي ويرأس أقسام العلاج بالعمـل والعـلاج الطبيعـي والتربية البدنية – ويشرف على تنفيذ البرنامج التأهيلي للمرضى.

(٢) أخصائي العلاج الطبيعي :

ويقـوم بعلاج الإصابات الناتجة عن قصور حركة المرضى والإشراف على العلاج بالماء والاسترخاء والعلاج بالإبر الصينية .

(٣) أخصائي العلاج بالعمل :

وهو المتخصص في التأهيل والحاصل على درجة الماجستير في العلاج بالعمل ووضع خطة علاجية للمريض ، سواء بالعمل الزراعي أو الفني (رسم ـــ أشغال بدويه .... الخ) أو أعمال النجارة الخفيفة والديكور .

(٤) أخصائي التدريبات الرياضية :

وهو من الحاصلين على البكالوريوس في التربية البدنية ويقوم بالإشراف وتنفيذ البرامج الرياضية المقترحة لأهمية الأنشطة الرياضية في تحسين مستوى الصحة النفسية

(٥) أخصائي توعية صحية :

وهذا من التخصصات الجديدة التي تتعامل مع المرضى على نحو يجعلهم يتقبلون الإقامة بالمؤسسة العلاجية وتوعيتهم بأهمية اتباع الإرشادات العلاجية وإشراك المرضى في وضع أنسب الأساليب التي تجعلهم يشعرون بالراحة داخل المؤسسة والحفاظ على السلامة البدنية وعمل علاقات مع أسر المرضى والمجتمع العام لنشر التوعية الصحية وأهمية الاكتشاف المبكر للاضطرابات النفسية والعمل على علاجها سريعاً .

ويعمل هذا الفريق من خلال هيكل تنظيمي محكم لتجنب تداخل الأدوار ورسم السياسة العلاجية للمؤسسة بحيث يتضح دور كل عضو حتى لا يحدث انقسام داخل الفريق

إلا أنه ينبغي التأكيد على أهمية الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي في مثل هذه المؤسسات والتي تتطلب تدريباً مكثفاً ومعرفة واسعة بالمرض النفسي وبمفاهيم الطب وأساليب العلاج المختلفة والتي لا ينبغي عليه أن يمارسها ولكنه لابد أن يكون على دراية بما يقوم به الآخرون حتى لا تختلط الأدوار ، كما لا يستطيع أحد أن ينسب التطور العلاجي أو عدمه إلى نفسه ، بل تكون مسئولية الفريق مسئولية مشتركة ،ويشيع الانقسام والتوقيع والتشطير داخل مؤسسات العلاج النفسي نظراً لعدم تعرف كل

عـضو على دوره فيجد بعض المرضى أو حتى أعضاء الفريق الفرصة لتمزيق الفـريق والانـشغال بالـصراعات الجانبية على حساب البرنامج العلاجي ، ونقـص المعـرفة والمهـارات والـتدريب في الغالب ما يسبب هذا الانقسام وتـشغل إدارة المؤسـسة بحل مشكلات الفريق العلاجي أكثر من اهتمامها بمشكلات المرضى .

{ الخلاصة }

بالـرغم من أنه لا يوجد تعريف ثابت لعلم النفس الإكلينيكي ، فإن مـن الممكن حصر الأدوار التي يتكفل الإكلينيكي بالقيام بها في المساهمات في عمليات تشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية والاجتماعية ، والمساهمة في عمليات العلاج النفسي وتعديل السلوك المضطرب ، والمشاركة الفعالة في البحث العلمـي بهـدف إلقـاء مزيد من الضوء على طبيعة الاضطرابات والأمـراض النفـسية والعقلـية وما يصلح لها من علاجات . فضلاً عن هذا يشارك الأخصائي النفسي الإكلينيكي في عمليات الاستشارة وتقديم النصح فـيما يختص بالجوانب الإكلينيكية للحالة ، أو فيما يختص بإنشاء برامج إكلينيكـية عامـه وتقيـيمها , ويتنوع الجمهور الذي يستفيد من خدمات الإكلينيكي ويمتد ليشمل قطاعات عريضة من المجتمع والناس أوكل ما يحتاج للعون لتحقيق حياة أفضل .

ويحـتاج الإكلينيكي للنجاح في مهنته كفاءة شخصية ، وقدرة على اتخاذ قرارات ملائمة ، وقدرة على تكوين علاقات إنسانية بالآخرين ، فضلاً عـن أنـه يجب أن يكون قادراً على إدراك مرضاه في إطار اجتماعي أشمل ، وعلـى التعامل مع الزملاء ومؤسسات العمل ، وأن يكون أيضاً محترماً لذاته ومتفهماً لعيوبه ومزايا ه

ومـن الناحـية الأخلاقية تتطلب الممارسة الإكلينيكية تمسكاً بالمعايير الاجتماعـية والقانونـية ، والحـذر مـن التصريحات العامة ، والحفاظ على المعلـومات الـتي يجنـيها من الجمهور ، والإدراك الواضح لصالح عملائه ، وتجنب الإعلان والدعاية ، والحفاظ على درجات الاختبارات وعدم إشاعتها إلا للـضرورات المهنية فضلاً عن ضرورة الحيطة عند ممارسة البحث العلمي على الإنسان أو الحيوان .

الفصل الثاني

الأمراض النفسية والعقلية الشائعة
تصنيفها ومكوناتها الرئيسية

تتفاوت أسس تصنيف الأمراض النفسية والاضطرابات العقلية بتفاوت التكوين المنهجي ، والإطار الفلسفي للباحث أو الطبيب النفسي . لكن تصنيف (كريبلين) (Kraeplin, 1913) المبكر ، والذي تبنت خطوطه العريضة جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric Association يعتبر من أكثر التصنيفات شيوعاً ويعرف هذا النوع من التصنيف باسم التصنيف الطبي النفسي. ويمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية :

١ – الأعصبة Neuroses

٢ – الذهان الوظيفي Functional Psychosis .

٣ – الذهان العضوي Organic.Psychosis .

٤ – اضطرابات الشخصية personality disorders

٥ – التخلف العقلي Mental Retardation.

وفيما يلي نبذة عن كل فئة من الفئات السابقة ، وما تتضمنه من فئات فرعية، وأعراض مرضية :

العصاب Neuroses

يعتبر تصنيف الاضطرابات العقلية إلى عصاب وذهان من أقدم التصنيفات، وأكثرها شيوعا والعصابيون بشكل عام أشخاص تسهل إثارتهم ، وتتملكهم أحاسيس الكآبة والشعور بالنقص ..... وتسيطر عليهم أحياناً بعض الاضطرابات المحددة كالخوف الذي لا مبرر له من الإصابة بالأمراض

الجسمية ، أومن بعض الموضوعات التي لا تثير بطبيعتها الخوف , والعصابي عادة ما يبنى خطة تكيفية للحياة على أساس الهروب ، وتجنب الأسباب التي تودى إلى الاضطراب . والعصابيون يستطيعون عادة أن يواصلوا نشاطهم وعملهم ، بالرغم من إحساسهم الظاهر بالعجز والتقييد . وعادة ما يتسم سلوك العصابيين بالتعاسة ، وسيطرة مشاعر الذنب وعدم الفاعلية في المواقف الاجتماعية ومواقف العمل .

ويتحدث الأطباء النفسيون عن ظاهرة التناقض العصابي Neurotic paradox بصفتها من الظواهر التي تضع الوصف الرئيسي للعصاب ، وتشير هذه الظاهرة في مجملها إلى أن العصابيين ــــ بالرغم من قلقهم وتوترهم – فإنهم يتبنون جوانب من السلوك تتناقض مع رغبتهم في التخلص من أسباب المرض وتودي – بالعكس – إلى زيادة في القلق والتوتر والتعاسة . (Mackay, 1975) ومن المعتقد أن مواقع الفشل التي يضع العصابيون فيها أنفسهم ، وجوانب السلوك الشاذة التي تصدر منهم ، والأساليب والأفكار الانهزامية التي يتبعونها في حياتهم ، هي جزء من التناقض العصابي في البحث عن عوامل تزيد من مشاعر التعاسة . والشقاء بالرغم من كل المحاولات الجاهدة للتخلص من مصادر الاضطراب .

وتتضمن الأعصبة العديد من الاضطرابات النفسية أهمها :

١ – اضطرابات القلق .

٢ – اضطرابات المزاج وأهمها الاكتئاب والهوس .

أولاً : اضطرابات القلق Anxiety Disorders :

يعتبر اضطراب القلق من الاضطرابات الانفعالية التي تدخل في دائرة العصاب ، وهو جزء من الحياة البشرية و هو أحد لوازم الوجود البشري إذ أن القلق بمثابة الحرص على الحياة وهو رغبة في الحياة إذ

تزيد آليات العمل النفسية حين ينتابها شعورٌ غامضٌ بالخطر أو التهديد .وهو علـى النقيض من الاكتئاب إذ تتزايد في حالات الاكتئاب آليات العمل التي تهدد حياة الفرد النفسية والاجتماعية .

ومـع تـزايد هذا الشعور الغامض بالتهديد فإن الفرد يصل إلى حد الاضـطراب الـذي يحتاج إلى مساعدة خارجية سواء بالعقاقير أو الأساليب العلاجية والإرشادية لتخفيف حدة هذا الاضطراب . (DSM IV. 1994)

زملة أعراض القلق :

ينـدرج العديد من الاضطرابات النفسية تحت هذه الزملة وهي كلها أشـكال للقلـق ولكنها تختلف من حيث النوع ، ولكن هناك نمط أساسي وخاصة في حالات اضطرابات الذعر أو الهلع Panic الهائمة أو المسيطرة على كل النشاطات النفسية للفرد ، وهذه الحالة لا ترتبط بأية مثيرات خارجية إذ تكون بمثابة خبرة غامضة لا يعرف الفرد مصدرها ، أما في حالات الفوبيا أو المخاوف المرضية فإنه في الغالب ما يكون هناك موضوع للقلق ، وأخـيراً هـناك القلـق في حالات الوسواس القهري لكونه لا يستطيع الارتباط مع بعـض الأفكار الداخلية الملحة والتي تهدده وتكون من الشدة بحيث تجلب له حالات من عدم السرور والارتباك ،والإزعاج والمضايقة .

ولقد أورد دليل التشخيص الإحصائي الرابع DSM IV العديد من الاضطرابات تحت زملة اضطرابات القلق على النحو التالي :

(١) نوبة الذعر أو الهلع Panic attack :

وتبدو المظاهر الإكلينيكية لهذه النوبة أو الهجمة في شكل خوف شديد أو حالـة مـن عدم الارتياح مصحوبة بأربعة إلى ثلاثة عشر عرضاً بدنياً أو معـرفياً وتفاجـئ النوبة الفرد وتنمو بسرعة حتى تصل إلى الذروة في خلال

عـــشرة دقائق وغالباً ما يصاحبها إحساس بالغضب والاستياء وحاجة ملحة للهرب .

والأشـــخاص الذين يشكون من حالة الذعر يصفون خوفهم بصورة شديدة ويعتقدون بأنهم سوف يموتون ويفقدون السيطرة أو يصابون بسكتة قلبـــية أو ربما يصابون بالجنون ، وتكون لديهم الرغبة الملحة في تلاشى هذه الهجمة الشرسة من نوبة الذعر .

ويمكن حدوث هذه النوبة مع العديد من اضطرابات القلق مثل :
(اضـــطرابات الذعـــر ، الخـــوف الاجتماعي ، المخاوف المحدودة ، اضطراب ما بعد الصدمات ، حالات الكرب الحادة ، ولذا ينبغي الأخذ في الاعتـــبار كـــون هذه النوبة قائمة بذاتها أو أحد أعراض اضطرابات القلق الأخرى) .

معايير تشخيص نوبات الذعر :
طور منفصل من الخوف الشديد أو عدم الارتياح حيث تنمو أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية لتصل إلى الذروة خلال عشرة دقائق :

(١) خفقان القلب مع ســـرعة ضرباته .
(٢) تصبب العرق .
(٣) الارتجـــــــــــــاف .
(٤) احساسات بتوقف التنفس أو عدم القدرة على التقاط الأنفاس .
(٥) الشعور بالاختناق .
(٦) آلام صدريه أو عدم الارتياح .
(٧) الغثيان أو أوجاع في البطن.
(٨) الشعور بالدوار والتشويش ، عدم القدرة على الوقوف .
(٩) فقـــدان حـــس الواقـــع أو فقـــدان الأنـــية Derealization or Depersonalization.

(١٠) الخوف من فقدان السيطرة أو أن يصبح مجنوناً .
(١١) الخوف من الموت .
(١٢) تشوش الحس والشعور بالخدر والتنميل (باريثيزيا Paresthesias)
(١٣) الشعور بالبرد والقشعريرة أو الحرارة الزائدة المتهيجة .

(٢)الخوف من الأماكن الواسعة (الأجورافوبيا) Agoraphobia

يتمثل المظهر الأساسي للخوف من الأماكن الواسعة في الشعور بالقلق الشديد من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يصعب على الشخص الهروب منه ، أو أن تكون إمكانية المساعدة غير متاحة إذا ما حدثت له نوبة ذعر أو إذا طاردته مخاوف طارئة ، وهذا القلق سيدفع صاحبه إلى تجنب أن يكون في مثل هذه المواقف أو الأماكن — وقد تشمل تجنب أن يكون وحيداً خارج المترل أو داخله أو وسط زحام من الناس أو السفر بالسيارة أو الأتوبيس أو الطائرة أو المرور من على كوبرى أو الصعود بالأسانسير (المصعد) ، وبعض الأشخاص يستطيعون التعبير عن مخاوفهم ولكنهم يتحملون خبرة المخاوف مع توقع الخوف الشديد وبعض الأفراد قادرون على التغلب على هذه المواقف عندما يكونون في صحبة آخرين ، والأشخاص الذين يتجنبون هذه المواقف المقلقة أو المخيفة يحرمون أنفسهم من القدرة على السفر والعمل والواجبات المفروضة عليهم خارج المترل .

ولعل التمييز بين الأجورافوبيا والفوبيا الاجتماعية والمحدودة وقلق الانفصال الشديد يكون من الصعوبة بمكان لأن كل هذه المخاوف تتحدد بالتجنب للمواقف المثيرة للقلق .

معايير تشخيص الأجورافوبيا :

أ – القلق من أن يكون الشخص في مكان أو موقف يكون فيه الهروب صعباً ، أو أن تكون المساعدة غير متاحة في المواقف التي تحدث فيها أمور غير متوقعه إذا ما أصيب الفرد بنوبة ذعر ، ومخاوف الأماكن المفتوحة تتضمن

خصائص متجمعة من المواقف التي تشمل أن يكون الفرد وحيداً خارج المنزل ، أو الوجود في أماكن مزدحمة أو الوقوف على حافة أو رصيف ، أو المرور على كوبرى أو السفر بالأتوبيس (الحافلة) أو القطار أو السيارة .

ب - إن المواقف التي يتجنبها الفرد تكون مشكلة لمحنة أو مثيرة للقلق والخوف من مطاردة نوبة ذعر أو أعراض مشابهة لنوبات الذعر التي تتطلب وجود أصحاب أو مرافقين للمساعدة .

جـ - وإن القلق أو المخاوف الدافعة للتجنب لا تعد من الاضطرابات العقلية الأخرى ، مثل الفوبيا الاجتماعية (مثال : تجنب محدود لمواقف اجتماعية للخوف من الارتباك) والفوبيا المحدودة (مثال : تجنب محدد لموقف واحد مثل ركوب الأسانسير) واضطراب ما بعد الصدمة (مثال : تجنب الإثارة المرتبطة بالضغوط الشديدة) أو اضطراب قلق الانفصال (مثال : تجنب ترك المنزل والأقارب).

(٢)اضطراب الذعر أو الفزع Panic disorder :

إن الملامح التشخيصية لاضطراب الفزع هو معاودة هجمات أو نوبات ذعر غير متوقعة يتبعها انشغال مستمر لإمكانية حدوثها مرة أخرى لمدة شهر على الأقل مع القلق المزعج على توابع هذه النوبات أو حدوث تغير في السلوك نتيجة هذه النوبات، ولا تكون نوبات الذعر في هذه الحالة نتيجة لتأثير تعاطى أية عقاقير أو مواد مؤثرة نفسياً (مثل التسمم بالكفايين) أو نتيجة لحاله طبيه عامه مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية ، (ولا تكون كعرض من أعراض الفوبيات المحدودة أو المخاوف المرضية النوعية الاجتماعية أو اضطراب الوسواس القهري أو اضطراب ما بعد الصدمات أو اضطراب قلق الانفصال .

وتحــدث نــوبات الذعر لدى هؤلاء الأفراد الذين يعانون اضطراب الفــزع ولكن بصورة موقفية كما تحدث بصورة غير موقفيــة ، فعلى سبيل المــثال قد يعاني بعض الأفراد تكرارها بصورة متوسطة (قد تحدث مرة في الأسبوع) وقد تأتي كل شهر في وقت ما ،وآخرون قد يعانون بصورة دورية قصيرة يومياً ولمدة أسبوع ، وقد تستمر النوبات لعدة شهور ، وعلى العموم فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الذعر معرضون لنوبات من الذعر في أي وقت من أوقات حدوث الاضطراب .

ويوجد العديد من الفروق الثقافية في إبراز هذا الاضطراب ، مثل إصرار بعض المجتمعات على عدم مشاركة النساء في الحياة العامة مما يجعله أكثر شيوعاً ليهن بالقياس للذكور .

معايير تشخيص اضطراب الفزع بدون الخوف من الأماكن المفتوحة :

أ - كل من ١ ، ٢ :

١ - معاودة حدوث نوبات ذعر غير متوقعــة .

٢ - حدوث نوبة واحـــدة على الأقـــل على مدار شهر أو أكثر لواحد أو اثنين من الآتي :

أ - القلق لحدوثها أو توقعهــا .

ب - الانزعاج على ما يعقب النوبة من نتائج مثل (فقدان السيطرة ، الإصابة بنوبة قلبية ، الخوف من توقع الجنون) .

جـ - تغــير في السلوك مرتبط بالنوبــة .

ب - غياب الأجــورافوبيا أو الخوف من الأماكن المفتوحــة .

جـ - لا تعــود نوبة الذعر إلى ســـبب سيكولوجي مباشـــر أو نتيجــة لــتأثير أيــة مــواد أخرى (مثل المخدرات ، أو الأدوية النفسية) أو بسبب حالات طبية عامة كزيادة إفراز الغدة الدرقيــة .

د - لا تعــد هذه النوبة كعرض لاضطرابات نفسية أخرى مثل : (الفوبيا الاجتماعــية (مــثال : حــدوثهـــا نــتيجــة الخــوف من التعـــرض

لموقـــــف اجتماعي) أو الفوبيا المحـــــدودة (التعرض لموقف يستدعى الخـوف) ، أو اضطراب الوسواس القهري (مثال : الخوف من التعامل مع شـخص قـذر ووساوس العدوى) أو اضطراب ما بعد الصدمات (مثل : الاسـتجابة لمـثير مصاحب لضغوط شديدة) أو اضطراب قلق الانفصال (مثال: الخوف من أن يكون وحيـداً بعيداً عن المترل أو العلاقات الحميمة)

(٤) الفوبيا المحـدودة (أو المخاوف البسيطة)

يعد المظهـر الأساسي لهذا النوع من الخوف أو اضطرابات القلق في انحـصاره في كـون الخوف أو القلق محدداً بموضوع ما أو موقف ما والذي يـستدعى حالـة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف وقد يأخذ هذا الخوف شكل الذعر أو الفزع ولكنه لا يشخص على أنه اضطراب فزع .

ويمـثل القلق في مثل هذه الحالات من الخوف من الأذى مثل الخوف مـن تحطم الطائرة إذا سافر فيها ، أو الخوف من عضة الكلاب ، أو من أن يـصدم أحـد المـارة بسيارته إذا قادها ، وينبغي أن تتضمن أشكال الخوف البـسيطة قلـق الفـرد مـن فقدانه السيطرة أو الذعر ، أو الإصابة بالإعياء والإغماء ، وعلي سبيل المثال فإن الأفراد الذين يخافون من الدم والجروح قد يترعجون أيضاً على إمكانية إصابتهم بالإغماء ، والأشخاص الذين يخافون من الأماكن العالية قد يترعجون أيضاً من إمكانية إصابتهم بالدوار .

معايير تشخيص الفوبيات المحدودة أو البسيطة :

١ – ظهور الخوف الواضح بصورة زائدة أو غير معقولة ، نتيجة لموضوع أو موقف محدد (مثل : الطيران ، الحيوان ، الوخز بالإبر ، رؤية الدم) .

٢ – ظهور أعراض الخوف التي قد تتشابه مع نوبات الذعر ولكن بصورة موقفـية أو عابـرة مع ملاحظة أن القلق لدى الأطفال قد يظهر في صورة صراخ ، نوبة غضب شديدة ، أو التجمد (التسمر) أو التشبث (الارتماء في أحضان الغير والإمساك به بشدة) .

٣ – يكـــون الفرد مدركاً لأن خوفه غير معقـــول أو زائد عن الحد . مع ملاحظة أنه لدى الأطفال ، يمكن أن يغيب هذا المعيار .

٤ – تجنب الموقف المستدعي للخوف مع حالة شديدة من القلق أو الشعور بالمحنـــة

٥ – تواجه هذه المواقف الفرد في حياته اليومية وأعماله ودراسته ونشاطاته الاجتماعية أو تكون لدية حالة الارتباك لتوقع الخوف .

٦ – لدى الأفراد تحت سن الثامنة عشرة يكون طور الخوف لمدة ستة أشهر على الأقل.

٧– لا تعد المخاوف وأعراض القلق الناتجة مرتبطة باضطراب قلق آخر .

أنماط محددة من الخوف :

* الخوف من الحيوانات .
* الخوف من موضوعات البيئة الطبيعية مثل : المرتفعات ، العواصف ، الماء .
* الخوف الموقفي مثل (الخوف من المواقف التي قد تؤدى إلى الصدمة ، التقـــزز ، أو العـــدوى ، وفي الطفولة : الخوف من الأصوات العالية أو من صورة أزياء محددة).

(٥) الخـــوف الاجتماعـــي Social Phobia أو اضـــطراب القلـــق الاجتماعي

إن المظاهـــر الأساســـية للخوف الاجتماعي هي الخوف المستمر من المواقف الاجتماعية أو التي تتطلب في أداءها الوجود في المجتمع والذي يرتبك فيه الفرد . فالظهور في هذه المواقف أو القيام بمهمة ما تجعل الأفراد يستجيبون لها بنوع من القلق ، وقد يأخذ القلق شكلاً من أشكال نوبات الفزع ، ولذا يمـــيل الأفـــراد إلى تجنب مثل هذه المواقف المثيرة للقلق . ويتم تشخيص هذه الحالـــة إذا كـــان القلـــق الـــناتج عن المواقف الاجتماعية من شأنه أن يعيق

النشاطات اليومية المعتادة ، وأداءه الوظيفي أو يكون الشخص مكروبا لكونه يعاني من هذه المخاوف .

المظاهر والاضطرابات النفسية المصاحبة للخوف الاجتماعي :

تشتمل هذه المظاهر على الحساسية الزائدة للانتقاد ، أو التقييم السلبي ، أو الرفض ، صعوبة توكيد الذات ، وانخفاض تقدير الذات أو الشعور بالدونية ، وغالباً ما يشعر المصابون بالمخاوف المرضية بالتقييمات غير المباشرة من الآخرين ولو كان لمجرد الاختبار . وربما تكون مهاراتهم الاجتماعية ناقصة وعدم القدرة على التواصل البصري مع وجود علامات ملحوظة على القلق مثل (برودة اليدين ، والارتجاف ، مع الصوت المتحشرج Shaky voice) .

وربما يكون مثل هؤلاء الأفراد دون مستوى التحصيل الأكاديمي نتيجة خوفهم من الفصل الدراسي أو من مواقف المناقشة وكذلك في مواقف العمل ، أو تجنب الحديث في جماعة أو أمام الجمهور أو أمام ممثلي السلطة .

وقد يتسرب مثل هؤلاء من المدرسة أو يتركون العمل ويتجنبون البحث عن عمل لتجنب المقابلة مع الرؤساء من أجل العمل ، وقد لا يكون لهم أصدقاء أو علاقات حميمة ففي الغالب ما يبقون مع أعضاء أسرهم .

وقد تكون المخاوف الاجتماعية مصحوبة باضطرابات الذعر والأجورافوبيا واضطراب الوسواس القهري واضطرابات المزاج والاضطرابات الناتجة عن تعاطى المواد والعقاقير والأعراض البدنية النفسية .

وفي الأمثلة الإكلينيكية ، فإن اضطراب الشخصية التجنبية في الغالب ما يظهر مع المخاوف الاجتماعية .

معايير تشخيص الخوف الاجتماعي :

١ – الخوف الواضح من موقف أو أكثر من المواقف التي تتطلب الأداء في جماعة ، حيث تبدو أفعال الخوف أو أعراض القلق ، حيث يبدو الارتباك ، مـع ملاحظة أنه لدى الأطفال تبدو هذه المظاهر وفقاً لتطور علاقات الطفل بالآخـرين وخاصة مع الأشخاص المألوفين ويجب أن يظهر القلق في المواقف التي يتجمع فيها الأفراد وليست في الاحتكاك بالراشدين .

٢ – التعرض لأي موقف اجتماعي يبرز القلق والذي قد يأخذ أحد أشكال نـوبات الذعـر مـع ملاحظـة أن الأطفـال يعبرون عن قلقهم بالصراخ والـرجفة والـتجمد أو التسمر فلا تقتصر على المكان أو النفور من المواقف الاجتماعية التي يظهر فيها الغرباء .

٣ – يـدرك الفرد أن خوفه زائد عن الحد أو غير معقول مع ملاحظة أنه لدى الأطفال يمكن أن يغيب هذا المعيار .

٤ – تجنب المواقف الاجتماعية التي يخاف منها الفرد أو حتى التي تحمله على الوجود في مثل هذه الأماكن مع القلق الشديد أو المحنة والارتباك .

٥ – تـتعارض هـذه المخاوف والقلق الناتج عنها مع حياة الفرد اليومية وأعماله ودراسته وعلاقته الاجتماعية وتوقعه الإصابة بالخوف من الوجود في جماعة .

٦ – إذا كان الفرد تحت سن الثانية عشر فإن طور الخوف ينبغي أن يكون ستة شهور على الأقل .

٧ – ينبغي أن يكون الخوف غير ناتج عن عوامل نفسية مباشرة أو تعاطي عقـاقير أو أدويـة أو نتيجة حالة طبية عامة ولا يعد من الأعراض المرتبطـة

باضطرابات نفسية أخرى مثل نوبات الذعر مع أو بدون الأجورافوبيا ، أو اضطراب قلق الانفصال أو اضطرابات نمائية أو اضطراب الشخصية الفصامية .

٨ - إذا ظهرت حالة طبية عامة أو اضطراب عقلي آخر فإن الخوف في المعيار (١) لا يكون مرتبطاً بها : مثال الخوف ليس التأتأة أو الارتعاش الباركنسوني أو بروز اضطرابات الأكل سواء القهم أو النهم العصابي .

ويتحدد عموماً إذا كان الخوف يشمل كل المواقف الاجتماعية (مع الأخذ في الاعتبار تشخيص اضطراب الشخصية الانزوائية) .

اضطراب الوسواس القهري

المظاهر التشخيصية :

تتسم المظاهر الأساسية لاضطراب الوسواس القهري في تكرار حدوث الوساوس أو الأفعال القهرية والاندفاعات المرضية والتي تكون مفرطة بحيث تستغرق وقتاً طويلاً (بمعنى تأخذ أكثر من ساعة في اليوم) أو تسبب المضايقة والارتباك مع تعطل واضح في الأنشطة المعتادة ، وفي بعض مواقف الاضطراب يستطيع الفرد أن يدرك أن هذه الوساوس والأفعال القهرية المرضية مفرطة وغير معقولة .

ولا يعود هذا الاضطراب إلى أسباب نفسية مباشرة أو تعاطى أية مواد لها تأثير نفسي أو كنتيجة لحالة طبية عامة .

وتسيطر أفكار معينة تميل إلى تكرار حدوثها بشكل إجباري أو قهري حول موضوع معين مثل فكرة القذارة والدفاع عنها بقهر الاغتسال المتكرر . أو فكرة أن الباب ليس مغلقاً على الرغم من إغلاقه وتكرار إغلاق الباب . أو

الانزعاج المتكرر حول صعوبات الحياة مثل الدخل المادي والعمل ومشكلات المدرسة .

والأشخاص الذين يعانون هذا الاضطراب الوسواسى غالباً ما يحاولون تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو القهور من خلال تكرار هذا السلوك مثل: تكرار غسيل اليدين والترتيب المسرف والنظام المسرف والمراجعة المسرفة للأمور .

مع الأخذ في الاعتبار أن الراشدين الذين يعانون هذا الاضطراب يدركون أن وساوسهم واندفاعهم القهري مفرط ومبالغ فيه وغير عقلاني ، بينما يختلف الأطفال في إدراك ذلك حيث تعوزهم القدرة المعرفية للحكم على معقولية ما يفعلونه .

معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري :

أ - أي من الوساوس أو السلوك القهري المحددة وفقاً للبنود ١-٢-٣-٤ الآتية :

١ -تكرار حدوث الأفكار والقهور والصور التي كان قد مر بها الفرد في خبراته أثناء أي اضطراب سابق بصورة غير ملائمة وتكون مسببة للقلق والارتباك.

٢ -لا تكون هذا الأفكار أو الأفعال القهرية أو التصورات مجرد انشغال على مشكلات الحياة اليومية الفعلية .

٣ -يحاول الشخص إنكار هذه الأمور أو كبتها أو إبطالها بأفكار أو أفعال أخرى

٤ -يدرك الفرد أن هذه الوساوس والأفعال القهرية تأتي من داخله وليست مفروضة عليه من الخارج إنما هي أفكار داخلية ملحة .

الأفعال القهرية المحددة كما في البندين ١ ، ٢ كما يلي :

(١)السلوك المتكرر (مثل غسيل اليدين ، النظام المسرف أو المراجعة المسرفة) أو أفعـــال عقلية (مثل الصلاة ، العد القهري ، تكرار الكلمات الصامت (التمـــتمة القهـــرية) والتي يشعر الفرد بأنه مدفوع لعملها بصورة قهرية ، أو بقواعد صارمة .

(٢)أن تهـــدف المـــسالك في الأفعال العقلية إلى تجنب أو تخفيض الارتباك أو المواقـــف المربكة أو الأحداث المفزعـــة . وتكون هذه الأفعال بمثابة محاولات لإبطال الأفكار والأفعال الوســـواســـية ولكن بصورة مسرفة .

ب - يدرك الفرد في وقت ما أثناء طور الوسوســـة القهرية أن أفعاله مبالغ فيها وغير معقولة مع ملاحظة غياب هذا الإدراك لدى الأطفـــال .

جـ -يـــسبب اضطراب الوسواس القهري نوعاً من الارتباك والمحنة (يأخذ أكثر من ساعة يومياً) أو تتعارض مع نشاطات الفرد اليومية وأدائه الوظيفي والدراسي وعلاقاته الاجتماعيـــة .

د - لا يعود الاضطراب إلى أسباب نفسية مباشرة لتعاطي أية مواد أو عقاقير أو لحـــالات طبية عامة ، وبخاصة إذا : صاحبه نقص في الاستبصار ، إذا لم يـــدرك الـــشخص خلال حدوث الاضطراب أن أفعاله القهرية مفرطة وغير معقولة .

اضـطراب ما بعد الصـدمات
Post Traumatic Stress Disorder

المظاهر التشـخيصية :

إن المظهر الرئيسي لاضطراب ما بعد الصدمات أو عصاب الصدمة ، هو تطور الأعراض المصاحبة لأية صدمة عنيفة وقعت للشخص وسببت لغيره

المـوت أو الجرح أو الأذى المؤلم أو التهديد بالإصابة بعاهة جسمية أو حتى مـشاهدة هذه المواقف الصادمة ، أو مجرد التعرف على مثل هذه الصدمات ونتائجها والسماع بإصابة أحد أعضاء الأسرة بها وما إلى ذلك .

وينبغـي أن تتـضمن استجابة الفرد للأحداث على الشعور بالخوف الشديد والعجز أو الهلع ، وتكون لدى الأطفال ، متضمنة للتفكك والتوتر والخبل أو الهياج) ، ويلي ذلك ميل الشخص لتجنب أية مواقف مثيرة لموقف الصدمة ، وإذا ما تذكر الفرد هذه الأحداث أو أثيرت ذكرياتها فتظهر أعراض الخوف والقلق والاضطراب . والعرض الرئيسي ينبغي أن يستمر لأكثر من شـهر ، و أن يـشكل هـذا العرض محنة أو ارتباكا في الوظائف الاجتماعية والعمل والنشاطات المهمة للشخص .

وتشمل الأحداث الصادمة المباشرة المعارك الحربية ، تعرض الشخص للهجوم العنيف (مثل : التهجم الجنسي ، الانتهاك البدني ، السرقة ، النشل بالقوة Mugging) أو أن يتعرض الشخص للاختطاف ، وتعرضه لأن يكون رهينة ، والتعرض لهجمة مرعبة ، التعرض للتعذيب ، التعرض للأسر الحربي أو معـسكرات الـتعذيب ، التعرض للكوارث الطبيعية أو الصناعية ، صدمات السيارات الشديدة ، تهديده بالإصابة بالمرض وبالنسبة للأطفال : فإن التعرض للأحـداث الجنسـية الصادمة سوف تترك خبرات جنسـية صادمة بدون تهديد أو تعنيف أو أذى . وحتى مشاهدة الأحداث قد يحدث الصدمة لدى الأطفال ولكن لا تكون محدودة بملاحظة الجروح أو الموت غير الطبيعي لأحـد الأشخاص نتيجة للعراك العنيف والحوادث ، والحرب ، أو الأسر أو مـشاهدة بتر أحد أعضاء البدن بصورة غير متوقعة . أو أن يكون عرفها (سمـع عـنها) عن طريق من تعرضوا لها مما ينمي لديه مخاوف صدمية نتيجة معايشة الحدث بالتصور .

معايير تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة :

أ -تعرض الشخص لحدث صادم وفقا لما يلي :

١ –معايشة الفرد أو مشاهدته أو تعرضه لأي حدث أو أحداث تؤدى إلى التهديد بالموت ، أو الإصابة الشديدة ، أو التهديد بخلل سلامة أجزاء من بدنه أو بدن الآخرين .

٢ –تتضمن استجابة الشخص للخوف الشديد ، والعجز ، أو الرعب .. مع ملاحظة أن هذه الحالة تكون لدى الأطفال في صورة ارتباك حركي مع هياج .

ب – يعاد معايشة الخبرة الصادمة بطريقة أو أكثر على النحو التالي :

١ – معاودة تذكر الحدث الصادم بما فيه من صور وأفكار وإدراكات ، مع ملاحظة أنه لدى صغار الأطفال ، قد يعاودهم الحدث وفقاً للحدث الصادم الذي عايشوه .

٢ – معاودة حدوث الأحلام المزعجة عن الحدث ، ولدى الأطفال يمكن أن تكون هناك أحلام مرعبة مع عدم إدراك محتواها .

٣ – معاودة الأحداث الصادمة وكأنها معيشة بالفعل (وتشمل الإحساس بأنه يعيش الأحداث مرة أخرى ، مع الأوهام ، والهلاوس ، والأحداث الانشقاقية ذات الرجع الصوري في صورة واعية أو تسممية) مع ملاحظة أنه لدى الأطفال يمكن معاودة تمثيل الأحداث الصادمة .

٤ – حدوث ارتباك نفسي لمجرد ظهور مثير أو رمز للحدث الصادم .

٥ – التنشيط النفسي لأي إشارات داخلية أو خارجية ترمز للحدث الصدمي .

جـ – الميل الملح لتجنب أية مثيرات مصاحبة للصدمة وإخماد الاستجابة العامة – والتي لم تحدث صدمه من قبل – وتتحدد بثلاثة أو أكثر مما يلي :

١ – بذل الجهود لتجنب الأفكار والمشاعر أو الحوار المرتبط بالصدمة .

٢ – بـذل الجهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو حتى الوجوه البشرية التي تذكر بالصدمة
٣ – عدم القدرة على تذكر أي مظهر مهم من مظاهر الصدمة .
٤ – اهـتمام واضـح بتخفيض أو تقليص المشاركة في الأنشطة التي تدل على الصدمة.
٥ – الشعور بالانفصال أو الغربة عن الآخرين .
٦ – تقيـيد مـيدان العواطف (مثال : عدم القدرة علي معايشة مشاعر الحب) .
٧ – التـشاؤم المرتبط بالمستقبل (مثال : لا يتوقع أن تكون له مهنة ، أو الزواج والإنجاب أو حتى الحياة العادية) .

د – ظهور أعراض (لم تكن موجودة قبل الصدمة) محددة بواحد أو أكثر من الآتي:-
١ – صعوبة الاسـترخاء أو الدخول في النوم بسـهولة .
٢ – عدم الاسـتقرار مع الغضب .
٣ – صـعوبة التركيز .
٤ – زيادة الحذر أو الاحتراس .
٥ – الاستجابة المبالغ فيها للأمور المروعـة .

هـ – يسـتمر طور الاضطراب في المعايير ب ، جـ ، د لأكثر من شهر .
و – يسبب الاضطراب علامات إكلينيكية تدل على الارتباك في الوظائف الاجتماعية والعمل والأمور الأخرى ذات العلاقـة .

ويتحدد بالنسبة للصورة الحادة : إذا استمر العرض لثلاثة أشهر أو أقل قليلاً.

وبالنـسـبة للـصورة المزمنـة إذا استمرت الأعراض لأكثر من ثلاثة أشـهر .

كما يتحدد أيضاً : في حال تأجلت النوبة ، و جاءت الأعراض المباغتة بعد ستة شهور من الصدمة أو الكروب الضاغطة .

الاضطراب الحاد للكروب أو الضغوط
Acute Stress disorder

المظاهر التشخيصية :

إن المظهر الرئيسي لاضطراب الكرب هو تطور خصائص القلق والانشقاق ، والأعراض الأخرى التي تحدث خلال شهر بعد التعرض لصدمة ضاغطة عنيفة . وكنتيجة للاستجابة للحدث الصادم فإن الأعراض الانشقاقية تتطور لدى الفرد حيث تتناقص الاستجابة العاطفية ويجد الصعوبة في معايشة خبرات الاستمتاع ويشعر باستمرار بالذنب حتى في متابعته العادية لمهام حياته .

وربما يعاني المريض من نقص في التركيز والشعور بالانفصال عن أجسامهم ، وإدراك العالم على أنه وهم أو غير حقيقي مثل الحلم ، أو الشعور بتزايد صعوبة تذكر أي تفاصيل من الأحداث الصادمة .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن عرضاً على الأقل من الأعراض الحادثة في اضطراب مابعد الصدمة يكون موجوداً مثل معاودة الأحداث الصادمة والأفكار والصور المرتبطة بها في الذاكرة والأحلام مع صعوبة النوم ، وعدم الاستقرار ، ونقص التركيز والاحتراس الشديد ، والاستجابة المبالغ فيها لأي أمر مزعج .

معايير تشخيص اضطراب الكرب الحاد :

أ - تعرض الشخص لحدث صادم حيث يظهر التالي :

١ -معايشة الشخص أو مشاهدته أو تعرضه لصدمة تتضمن تهديداً فعلياً بالموت أو الإصابة ببتر أحد أجزاء البدن له أو للآخرين .
٢ -تتضمن استجابة بخوف شديد مع العجز والرعب .

ب - معاناة الفرد لأي من الأعراض الانشقاقية بعد معايشته للخبرة الصادمة :
١ -إحساس ذاتي بالخدر ، والانفصال ، أو غياب الاستجابة العاطفية أو الانفعالية
٢ -خفض درجة الوعي بالمحيطين أو الإصابة بالانبهار Daze .
٣ -فقدان العلاقة بالواقع .
٤ -فقدان الإنية .
٥ -فقدان الذاكرة الانشقاقي (بمعنى ، عدم القدرة على تذكر أي جزء هام من الصدمة) .
جـ - يعاود الشخص معايشة الأحداث الصادمة بصورة ملحة بالطرق التالية :
تكرار تصور الصدمة ، والأفكار المرتبطة ، وتوهمها ، ومعاودة صداها الصوري ، أو الإحساس بأنه يعيشها مرة أخرى ، أو الارتباك لمجرد تذكر هذه الأحداث الصادمة.
د -التجنب الواضح لأية مثيرات تستدعي الصدمة سواء كانت أفكاراً أو مشاعر أو أحداثاً أو أنشطة أو أماكن أو أشخاصاً .
هـ -ظهور أعراض القلق بوضوح مع تزايدها مثل : (صعوبة النوم ، عدم الاستقرار ، نقص التركيز ، الاحتراس ، والاستجابة المبالغ فيها للأمور المزعجة ، الحيرة).
و -يسبب الاضطراب دلالات إكلينيكية واضحة على اضطراب الوظائف الاجتماعية والعمل والمهام الموكلة للشخص في موقف يستدعى النجدة ، مثل فشله في تبليغ أسرة ما أخباراً عن صدمة وقعت لأحد أعضائها .

س – ينتهي الاضطراب على الأقل في يومين وعلى الأكثر في أربعة أسابيع ويحدث في غضون أربعة أسابيع من وقوع الصدمة .

جـ –لا يكون الاضطراب نتيجة لتأثيرات دوائية مباشرة أو يكون نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة ، ولا يعد من ضمن اضطرابات الذهان المختصرة أو العابرة ، ولا يبدو من المجموعة الإكلينيكية في محور التشخيص الأول أو الثاني .

اضطرابات القلق العامة (مشتملة على القلق الزائد عند الأطفال)

المظاهر التشخيصية :

إن المظهر الأساسي لتشخيص حالة القلق العامة هي القلق المفرط والانزعاج (توقع الخوف أو ترقبه) ويحدث لأكثر من أيام ويستمر على الأقل لستة أشهر ، على عدد من الأحداث أو الأنشطة يجد الفرد أنه من الصعوبة السيطرة عليها .

معايير تشخيص حالة القلق العامة :

أ –قلق مفرط وانزعاج (لتوقع القلق) يحدث لأكثر من يوم قد يستمر لستة أشهر ، على عدد من الأحداث أو النشاطات (مثل العمل أو الأداء المدرسي) .

ب –يجد الفرد أنه من الصعوبة السيطرة على هذه المزعجات .

جـ –يصاحب القلق ثلاثة أو أكثر من الأعراض الستة التالية والتي تعاوده لأكثر من يوم وليس أقل من ستة أشهر ، مع ملاحظة أنه لدى الأطفال ينبغي أن يظهر عرض واحد من الستة :

١ –عدم الاستقرار أو الشعور بالتقيد أو اللهفة .

٢ –الشعور السريع بالإعياء أو الإجهاد .

٣ -صعوبة التركيز أو إقفال للمخ .
٤ -الحيرة أو عدم الاستقرار الجسمي .
٥ -التوتر العضلي .
٦ -اضطراب النوم (صعوبة النوم ، أو تقطعه ، أو النوم المترعج) .

د - لا ترتبط الأعراض بأية اضطرابات قلق أخرى سبق عرضها .
هـ - يتسبب القلق أو الانزعاج في الاضطراب الإكلينيكي الواضح للوظائف الاجتماعية والعمل والمهام الأخرى .
و - لا يعود الاضطراب لأي تأثير دوائي أو لحالة طبية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية ، ولا يكون حادثاً أثناء اضطراب المزاج أو الاضطرابات الذهانية أو أية اضطرابات نمائية .

اضطراب القلق نتيجة الإصابة بحالة طبية عامة

المظاهر التشخيصية :

يعد المظهر الرئيسي لتشخيص حالات القلق الناتجة عن وجود اضطرابات طبية عضوية وتكون أعراض اضطرابات القلق نتيجة لهذا الخلل العضوي .

معايير التشخيص :

أ - ظهور القلق ، ونوبات الذعر ، والوساوس أو القهور في اللوحة الإكلينيكية .
ب - وجود تاريخ مرضي من خلال الفحص البدني ، أو التحاليل المعملية تؤكد أن هذه الأعراض نتيجة حالات عضوية .
جـ - لا ينتمي الاضطراب لأية اضطرابات عقلية أخرى (مثل : اضطراب التوافق مع القلق حيث تكون الضغوط المسببة للقلق مجرد حالات طبية أو عضوية عامة).

د - لا يحدث الاضطراب أثناء فترات الهــذاء .
هـ - يسبب القلق في هذه الحالة دلالات إكلينيكية على اختلال الوظائف الاجتماعية والعمل والمجالات الأخــرى .
ويتحـــدد إذا :

- مع القلق العام : إذا كان القلق أو الانزعاج مرتبطاً بحالة طبية عامة
- مـــع نـــوبة الذعر : إذا كان القلق أو الانزعاج مرتبطاً بحالة طبية عامة
- مـــع أعـــراض الوســـواس القهري : إذا كانت الأعراض مرتبطة بالحالة الطبية العامة .

اضطراب القلق الناتج عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً أو أية مواد مشابهة

المظاهـر التشـــخيصية :

يـــشكل المظهر الرئيسي لهذا الاضطراب في كون القلق يكون نتيجة لتعاطى المخدرات أو الكحول أو عقاقير دوائية أخرى لها تأثير نفسي مباشر .

معايير التشـــخيص :

أ - ظهور القلق ، ونوبات الذعر ، أو الوســـاوس القهرية على اللوحـــة الإكلينيكية

ب - وجود تاريخ واضح من خلال الفحص البدني أو التحاليل المعملية أو إما ١ أو ٢ من الآتي : -

١) تـــتطور الأعـــراض في المعيار (١) خلال أو في غضون شــــــهر واحد من التسمم العقاقيرى أو خلال فترة الأعراض الانسحابية .
٢) يرتبط الاضطراب مرضياً باســـتعمال المواد المؤثرة نفسياً .

جـ -لا يعـد الاضطراب ضمن اضطرابات القلق التي لا يحدثها تعاطى أي مواد مؤثرة نفسياً .

د - لا يحدث الاضطراب أثناء طور الهـذاء .

هـ - يسبب الاضطراب ارتباكا إكلينيكيا واضحاً في الوظائف الاجتماعية والعمل أو أية ميادين أخرى تتطلب الصحة النفسية .

الاكتئاب Depression

الاكتـئاب مـن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً ، ويعد جزءاً من الحياة إذا ما نظرنا للفقد الذي يلاحق الإنسان وتكرار خيبات الأمل في الكثير مـن المشاريع النفسية والاجتماعية التي يحاول الإنسان إنجازها ، والتي تدفع بالفـرد إلى معاناة المشاعر الاكتئابيـة ، بينما هناك من الأفراد الذين يعانون الاكتـئاب كمـرض حقيقي بصرف النظر عن الفقد وخيبات الأمل لوجود أسس بيولوجية وسيكولوجية تهيئ الفرد للوقوع في الاكتئاب والاستمرار فيه لفترات طويلة . (Gotlit & Hammen, 1992)

ويشـير مصطلح الاكتئاب لوصف خبرة وجدانية ذاتية قد يطلق عليها إمـا حالـة مزاجية أو انفعالية قد تكون عرضاً لاضطراب بدني ، أو عقلي ، أو اجتماعـي كما يشير أيضاً إلى مجموعة أعراض فسيولوجية ، سلوكية ، ومعرفية إلى جانب الخبرة الوجدانية (سلامة وعسكر ،١٩٩٢، ص ١٠٢) .

وتـشير الملامـح الأساسية للاكتئاب إلى معاناة الفرد لحالة انسحاب الطاقـة النفـسية حـيث تضطرب معظم مكونات الحياة النفسية أو الأنظمة النفسية لدى الفرد على النحـو التالي : -

المظاهر الانفعالية :

-الحـــزن .

-فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة أو المعتادة Anhedonia .
-البكاء بحرقة .
-اليأس .
-مطاردة الشعور بالذنب .
-الشعور بعدم الكفاية أو الرداءة .

مظاهر اضطراب النشاط النفسي :
-الاعتمادية الشديدة .
-انخفاض الطاقة .
-التعب والإنهاك .
-الفتور واللامبالاة .
-قصور في التركيز .
-فقد الاهتمام بالأمور المعتادة .

مظاهر الاضطراب المعرفية :
-التوقعات السلبية (ترقب الشر وخيبة الأمل) .
-انخفاض في تقدير ومفهوم الذات .
-المبالغة في النظر إلى المشكلات البسيطة .
-لوم الذات .
-صعوبة اتخاذ القرار .
-الأفكار الانتحارية .
-تمركز أفكاره حول الموت .
-الانشغال الشديد بالبدن وتوهم المرض .

اضطرابات حسية / حركية :
-اضطراب الشهية بين الزيادة والنقصان ونقص الوزن أو زيادته .

-اضـطراب إيقـاع النوم ، وصعوبة الدخول فيه مع الأرق أو زيادة النوم الوسواس حد الإفراط .
-انحسار الطاقة الجنسـية .
-الاستيقاظ مبكراً .
-التغير اليومي في المزاج ، وابتئاس المزاج مع الصباح .

اضطرابات بدنية :
-اضطراب دورة الحيض أو الطمث لدى الإناث .
-انقطـاع الطمث أو الدورة الشهرية .
-الإمساك .

حـدد دليل التشخيص الرابع DSM. IV زملة الاكتئاب ، كمزاج مكتـئب يـصحبه عـدد مـن الأعراض التي تستمر لفترة طويلة وتؤدى إلى الإخلال والتعطل في الوظائف النفسية والاجتماعية ، كما تتحدد الأحداث الاكتئابـية الكـبرى في خمـسة أو أكثـر مـن الأعراض التالية والتي تستمر لأسبوعين ، بشرط وجود المزاج المكتئب وفقـدان الاهتمـام بالمتعـة .

١ – المزاج المكتئـب .
٢ – فقدان الاهتمام أو الاستمتـاع بالحيـاة .
٣ – نقص أو زيادة الشهية للطعام وزيادة أو نقص الوزن بشكل ملحوظ .
٤ – الأرق وقلة النوم أو الإفراط فيـه .
٥ – التأخر النفسي الحركي أو التململ .
٦ – نقص في الطاقة والنشـاط مع الإنهاك .
٧ – الشعور بالرداءة وعدم الجدارة ، والذنب ولوم الذات .
٨ – نقص التركيز والحيرة والارتبـاك .
٩ – التفكير في الموت أو محاولة الانتحار ..(Lemma, 1996, PP. 71 - 73)

وعـادة مـا يميـز الأخـصائيون بين الاكتئاب العصابي Neurotic depression والاكتئاب الذهاني Psychotic depression من حيث ما يأتي :

١ -الاكتئاب العصابي ذو مصادر معروفة فهو ينشأ كاستجابة لأزمة خارجية . أما الاكتئاب الذهاني فهو غير محدد المصدر ، ولو أنه يرتبط بوجود اختلال في توزيع بعض العناصر الكيميائية (كالكالسيوم والصوديوم) في الخلايا العصبية (Davison & Neale, 1974) ولهذا فهو يعالج بالعقاقير الطبية مثل الليثيوم Lithium

٢ - الاكتئاب الذهاني أشد حدّة وأكثر استمراراً ، وأحياناً ما تنتهي حياة المكتئب الذهاني بالانتحار الذي يبدو وكأنه البديل الوحيد للأحزان والتعاسة (إبراهيم ، ١٩٨٠) . وتتزايد حالات الانتحار في حالات الاكتئاب الذهاني خاصة عندما يكون مصحوباً باضطرابات وأزمات نفسية أو جسمية أو اجتماعية أخرى كوفاة أحد الزوجين أو تدهور الصحة ، واليأس خاصة بين المسنين فيما بعد الخمسين (Nendlin 1986) . ولو أن الانتحار الاكتئابي يتزايد أيضاً بين الشباب في الفترة من ١٥ : ٢٥ سنة وفقاً للإحصائيات الأمريكية ، ولكن أسبابه في هذه الفئة تختلف عن أسبابه بين المسنين وتعود لانتشار المخدرات وتعاطي الخمور والجريمة والضغوط الاجتماعية والمنافسة الشديدة . (Nendlin, 1986)

٣ -يكون الاكتئاب الذهاني مصحوباً عادة باضطرابات عقلية أكثر شدّة مثل الهلاوس Hallucinations والهواجس Delusions أما الاكتئاب العصابي فيكون مصحوباً بأعراض عصابية أخرى كالقلق .

الاضطرابات الذهانية Psychotic Disorders

يعتبر الذهاني أكثر اضطراباً ، وعجزاً عن العمل والتكيف للحياة من العصابي لكون اضطرابات الذهاني حاسمة وتمس التفكير ، والقدرة على التواصل بالآخرين ، أو المزاج.

ومن السهل على الإنسان العادي أن يتعاطف مع العصابي ويشفق عليه لمعاناتــه وتعاسته ، لكن من الصعب عليه التعاطف مع الذهاني الذي يدرك الواقع بصورة مختلفة ، ويتبنى مفاهيم متباينة عما هو صواب أو خطأ .

وغالــباً ما يُحجــز الذهانيون في مستشفيات الصحة العقلية . لأنهم يشكلون أحياناً خطراً على أنفسهم ، أو على الآخرين . ولهذا يشعر الرجل العادي بالخوف من الذهانيين ويصفهم بالجنون أو فقدان العقل ، والخبل .
ويتميز الذهانى عن العصابي بخصائص منها :

١ – عدم الاستبصار بالمرض والعجز عن الإحساس بوجود مشكلة .
٢ – فقدان الصلة بالواقــع .
٣ – الاختلال في إدراك الزمان والمكان .
٤ – قد يكون خطراً على نفسه أو على الآخرين بالمعنى القانوني .

وهــناك شــكلان مــن الذهان : الذهان العضوي Organicوالذهان الوظيفي Functional، والفرق بينهما يكمن أساساً في مسببات المرض لدى كــل منهما ففي حالة الذهان العضوي يكون الاضطراب بسبب اختلال أو إصــابة عــضوية في المخ أو الجهاز العصبي . أما في الذهان الوظيفي فيصعب تحديــد عوامل بيولوجيــة محددة بالرغم من كل المحاولات التي تجرى في هذا المضمار .

ولأن العــوامل العضوية المسئولــة عن الذهان العضوي يصعب عادة علاجهــا ، فــإن الــبعض يعتقد أن علاج الذهان الوظيفي أسهل من علاج الــذهان العــضوي ، ولكن هنــاك حالات من الذهان الوظيفي مثل الفصام الــذي يظهر تدريجياً ، وفي أعمار مبكرة قد تستعصي على العلاج ، وهناك بعض المصابين بإصابات عضوية في المخ يستطيعون أن يحيوا حياة عادية بعد

الإصابة . لهذا فإن التمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي لا يكون في مدى قابلية كل منهما للعلاج ولكن في مسببات كل منهما .

ومن أكثر أنواع الذهان الوظيفي : الفصام ، وذهان الهوس والاكتئاب .

الفصام *Schizophrenia* :

لم يكن مفهوم الفصام (الشيزوفرينيا) معروفاً لدى الأطباء النفسيين إلا عندما اقترح بلويلر **Bleuler** الطبيب النفسي السويسري هذا الاسم كبديل لمصطلح آخر ابتكره من قبله كريبلين (**Kraeplin, 1913**) وهو العته المبكر **de-mentia praecox** لوصف مجموعة الأعراض الذهانية التي يتميز صاحبها بتدهور في وظائف التفكير ، والإدراك والمزاج . والتي كان يرى أنها تظهر مبكراً في فترة الشباب . واعترض بلويلر **Bleuler** على هذا المصطلح لسببين : الأول هو أن ما اعتقده كريبلين من أن هذا المرض لا يظهر إلا في فترة الشباب غير دقيق ... لأنه يمكن أن يظهر في أي فترة زمنية من العمر . ولم يوافق بلويلر كريبلين على فكرته بأن العته المبكر هو ذهان للشباب يقابل ذهان الشيخوخة بين المسنين . وأن صورته الإكلينيكية لهذا السبب تتفق مع الصورة الإكلينيكية لذهان الشيخوخة . واقترح لهذا استخدام مفهوم الفصام(**Schizophrenia**) لوصف هذه المجموعة من الأعراض التي تتميز بانقسام وظائف الشخصية ، والتي تعتبر القاسم المشترك في كل الاضطرابات الفصامية .

ويخلط البعض خطأ بين الفصام كتعبير عن تفكك وظائف الشخصية وبين مجموعة الأعراض الهستيرية المسماة بانقسام الشخصية والتي روجت لها القصص والروايات من أمثال " الدكتور جيكل ومستر هايد " وأفلام " هيتشكوك " السينمائية . وما يجب التأكيد عليه هنا هو أن ما يسمى بتعدد

الشخـصية يعتـبر مـن أحد فئات العصاب وليس الذهان ، ففيـه يتقمص الـشخص أدواراً مختلفة ولو أنها متناقضـة ، ولكنه يقوم بكل منها بطريقـة منطقيـة ومتماسـكة ومتلائمـة مع المتطلبات الاجتماعية للدور . بعكس ما يحدث في الفصام حيث يعبر الاضطراب عن انفصال الشخصية عن متطلبات الواقع . فيتصرف الشخص بطريقة تبدو للعين العادية مضطربة ولا تتلاءم مع المعـايير الخارجيـة . ويستخدم مفهوم الفصام للإشـارة أيضاً إلى الانفصال وعدم التناسب بين المشاعر والأفكار .

وباختصار ، فإن الفصام يعرف على أنه اضطراب عقلي لا يوجد له أسـاس معروف ، ويتضمن تفككاً في وظائف الشخصية الإدراكية والمعرفية والانفعالية .

الصـورة أو المظاهر الإكلينيكية :

يوضـح المرشـد الطبي النفسي لتشخيص الأمراض النفسية والعقلية الـصادر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية سنة ١٩٨٠ أن هناك أشـكالاً مختلفة من الفصام وكل شكل منها يتميز بأعراض إكلينيكية مستقلة ، على أن هناك مع ذلك خصائص عامة تجمع بين الاضطرابات الفصامية يجملها المرشد الطـبي فيما يأتي :

١ - وجود هواجس لا أساس لها من الصحة أو الواقع كأن يعتقد المريض أن سلوكه تحكمه قوى خارجة عنه ، أو أن أفكاره الداخلية تذاع على الهواء أو تنقل للآخرين بطريقة ما . ومن الهواجس التي وجد أنها تتملك الفصامي اعـتقاده : أن أفكاره ومشاعره والاندفاعات التي تحكمه ليست من صناعته ولكـنها دخـيلة عليه من خلال قوى لا يستطيع السيطرة عليها .. وتمارس سيطرتها عليه من خلال عمليات خفيـة ، أو من خلال الأجهزة والآلات . ويطلـق الأطـباء النفسـيون على هذا النوع من الاضطراب الفصامي : اضطراب في محتوى التفكير .

٢ - اضطراب في شكل التفكير : أي التغير من موضوع إلى موضوع آخر بسبب التداعي لتفاصيل تافهة ، دون أن يكشف المريض عن أي وعي بوجود تماسك في الفكرة التي يتحدث عنها عندما يزداد التفكك Looseness في مستوى تداعي الأفكار ، وبالتالي يصبح كلام الفصامي مستعصياً على الفهم المنطقي .

ومن مظاهر الاضطراب الفصامي في شكل التفكير : الميل للتهويمات والتجريديات العامة ، أو الميل إلى العيانية الشديدة . وفي كلتا الحالتين تبدو أفكار الفصامي فقيرة ، غامضة ، متكررة ، ولا تحمل كثيراً من الوقائع أو المعلومات بالرغم من زيادة معدل الكلام عن المعتاد .

٣ - اضطراب عمليات التفكير : ويقصد بهذا العجز عن الاستمرار في موضوع واحد مع الميل إلى تشتت التفكير نحو جوانب هامشية لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي . وقد يأخذ اضطراب عمليات التفكير شكل البطء في الاستنتاجات أو الاستجابة للمنبهات الخارجية .

٤ - اضطراب الوجدان : يتخذ الاضطراب الوجداني لدى الفصاميين شكلين مستقلين هما :

أ - اللا اكتراث أو التسطيح الانفعالي : حيث يبدو المريض عاجزاً عن اختبار الانفعالات القوية أو الاستجابة الانفعالية الشديدة .

ب - عدم ملاءمة الانفعال للحوادث الخارجية أو الأفكار الداخلية .

٥ - الاضطرابات الحسية الحركية : الجمود في المشي والتصلب في الحركة من الخصائص التي تبين أنها تنتشر في بعض فئات الفصام . كفصام الكتاتونيا (التخشبي) . وتعتبر بعض المظاهر السلوكية التي لا يوجد لها سبب عضوي مثل أرجحة الجسم ، أو السير جيئة وذهاباً بطريقة

منتظمة متصلبة من أحد العلامات الشديدة على وجود اضطراب فصامي .

٦ - العجز عن اتخاذ قرارات لتنفيذ المشروعات والنشاطات المتعددة التي يقترحها الفصامي . وذلك لأن الفصامي يشعر بأنه عاجز عن ضبط سلوكه .

٧ - وجود هلاوس أي احساسات حسية لا أساس واقعي لها ومنها الهلاوس السمعية (سماع أصوات تحادثه في موضوعات بينما لا يسمعها أحد) تصدر له أوامر معينة ، أو تلقي عليه بتعليقات سخيفة متكررة .

ويميز الأطباء النفسيون عادة بين أربعة أنماط من الاضطرابات الفصامية هي : -

١ - الفصام البسيط Simple schizophrenia: وهو من أصعب أنواع الفصام تمييزاً لأن كثيراً من الأعراض الهامة السابقة مثل الهلاوس والهواجس لا تكون ظاهرة فيه . على أن من أهم أعراضه : التسطيح الانفعالي ، والعجز عن التوجيه الذاتي للسلوك .

٢ - النمط الفصامي المختل Disorganized schizophrenia : ويتميز بعدم التماسك والاضطراب في اللغة والتداعي ، مع انتشار كثير من التعبيرات الانفعالية غير الملائمة ، فضلاً عن الشكاوى الجسمية الدائمة ، والبعد الشديد عن التفاعل الاجتماعي والانزواء .

٣ - الفصام التخشبي Catatonic schizophrenia : ويتميز باضطراب في الوظائف الحركية مثل التخشب عند السير ، أو التشكيل الشمعي للجسم أو التصلب الشديد في حركة الجسم ، أو سيطرة اللوازم الحركية كالسير بطريقة دائرية . ويعتبر هذا النمط الآن من أقل الأنماط الفصامية شيوعاً .

٤ – النمط الهجاسي Paranoid type : وهو النمط الذي يتميز بسيطرة هواجس العظمة ، أو هواجس الاضطهاد ، أو الهلاوس ذات المحتوى الاضطهادى أو هلاوس العظمة ويكون هذا النوع من الفصام مصحوباً بأعراض ثانوية منها الشك الشديد ، الميل للجدل ، والقلق ، والغضب المفاجئ ، والجنوح أحياناً نحو العنف ، ويحدث الفصام الهجاسي في أعمار متأخرة بعكس الأشكال الأخرى من الفصام .

٥ – وهناك شكل آخر من الفصام يطلق عليه النمط غير المتمايز Undifferentiated type ، وهو يتضمن أعراضاً يصعب وضعها في أي فئة من الفئات السابقة .. ولو أن فيه من كل الأعراض السابقة الاضطراب العقلي والانفصال عن الواقع ، والسلوك المضطرب .

ذهان الهوس والاكتئاب (ذهان الوجدان)
Affect Psychosis

يشير مفهوم الذهان الوجداني إلى الاضطراب أو الاختلال الذي يصيب الوجدان . وتتراوح اضطرابات الوجدان من الهياج المتطرف إلى الحزن الشديد ، أي الانتقال من حالة هوس إلى حالة اكتئاب أو العكس .

ويقسم دليل التشخيص الإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكي الاضطرابات الوجدانية الذهانية إلى ثلاثة أنواع :

١ – **الاضطرابات الوجدانية الكبرى** Major affect disorders :
وهي التي تشتمل على أعراض وجدانية شاملة ، ويشمل هذا النوع نوعين من الذهان الوجداني هما :

أ – نوبة الهوس .

ب – نوبة الاكتئاب الحاد . نوبات شديدة من الاكتئاب المصحوب بأعراض ذهانية أخرى . وملانكوليا

٢ – الاضطرابات الوجدانية النوعية :

وتشمل بدورها على نوعين :

أ –الاضطراب الدوري : الذي يشتمل على نوبات دورية من الهوس والاكتئاب ولكن هذه النوبات ليست بالشدة والاستمرار الذي يسمح بوضع هذا النوع من طائفة الاضطرابات الوجدانية الكبرى .

ب –الاضطرابات الإنهباطية Dysthemic disorders : وهي ليست بالشدة والاستمرار الذي يسمح بوضعها في فئة الاكتئاب الحاد ولا تشتمل على أعراض هوس وهي ما نسميه بالاكتئاب العصابى .

٣ –الاضطرابات الوجدانية غير المحددة Atypical affective disorders :

وهي تتضمن أشكالاً من الاضطراب الوجداني لايمكن تصنيفها في أي من الفئات السابقة .

ويتضح من خلال التصنيفات السابقة أن الذهان الوجدانى يتميز بثلاثة أنواع رئيسية من الاضطراب هي : الهياج بدرجاته المتزايدة التي تصل للهوس ، والانهباط الانفعالي بدرجاته التي تصل إلى الاكتئاب الحاد ، والنمط الدوري الذي يشتمل على نوبات دورية من الهوس – الاكتئاب .

الصورة الإكلينيكية لأمراض الذهان الوجداني :

تتخذ أعراض الهوس أشكالا منها :

١ – تزايد شديد في مستويات النشاط المختلفة مثل :

النشاط الحركي :الذي يتمثل في التوتر أو عدم المثابرة على عمل واحد ، والنشاط الجسمي الزائد عن الحد بطريقة قد تودى إلى إعياء المريض وإرهاقه .

النشاط الاجتماعي :بكل مظاهره غير الملائمة كالاتصال بالآخرين في أوقات غير مناسبة ، والرغبة في تجديد علاقات قديمة ، والإلحاح ومبادرة الغرباء بالأحاديث التافهة ، والإسراف ، والكرم المفرط مع وجود ميل للتحكم في الآخرين وعدم مراعاة مشاعرهم دون أن يعرف المريض ذلك .

النشاط الجنسي :الزائد والميول الاستعراضية ، والتبرج والتزين المفرط ، والعرى ، واستخدام الإيحاءات الجنسية الشديدة سواء في الكلام أو الملبس .

٢ -طريقة التخاطب تتميز بارتفاع الصوت والسرعة ، وصعوبة مقاطعته . وغالباً ما تمتلئ لغة المهووس من حيث المحتوى بكثير من أفكار العظمة ، والنكات ، والتلميحات الجنسية . ويتميز أسلوب التفكير بسيطرة الأفكار المتطايرة ، والتداعي غير الملائم ، والانتقال السريع بين الموضوعات ، والحديث أحياناً بطريقة مسرحية يسيطر فيها الاهتمام باللفظ الغنائي أكثر من المعنى الوظيفي .

٣ -سرعة الاستثارة والتهور وقد يتخذ ذلك شكل الإغراق في نشاطات تكون أحياناً وخيمة العواقب مثل : الإدمان ، الغزوات الجنسية ، استثمار النقود في مشاريع خاسرة ....

٤ -التشتت السريع في الانتباه بسبب التداعي لتفاصيل خارجية غير ملائمة

٥ -تناقص الحاجة للنوم :

ويميز الأطباء النفسيون عادة بين أنواع من الهوس : الهوس الخفيف Hypomania وهو أخف أشكال الهوس ويتميز بنشاط واضح ومعتدل ومرح وشعور غير واقعي بالنشوة والسعادة والطاقة الزائدة . وهناك الهوس الشديد أو المفرط Hypermania وهو يتميز بتطرف وحدة في أعراض الهوس السابقة .

الذهان العضوي : Organic Psychoses

يرجع الذهان العضوي إلى أسباب عضوية مصدرها إما تلف في المخ أو في الأعضاء الأخرى من الجهاز العصبي ووظائفه . وهناك أنواع مختلفة من الـذهان العضوي منها : ذهان الشيخوخة ، والصرع ، والذهان الناجم عن أورام المخ . والذهان الناتج عن تلوث المخ والعدوى (الزهري مثلاً) وهناك أيضاً الذهان الناتج عن إصابات المخ والحوادث والإدمان على المخدرات أو الخمـور .

وتعتـبر الأذهـنـة العضوية الناتجة عن تلف في مراكز المخ من أكثر أنـواع الـذهان العـضوي شيوعاً ولها أعراض إكلينيكية تميزها عن الذهان الوظيفي منها :

١ - اضطرابات الذاكرة خاصة الذاكرة القريبة مع خلط الذكريات بعضها بالبعض الآخر بالرغم من تباين المسافات الزمانية بينها .

٢ -التغـيرات الوجدانيـة : كفقـدان الاهتمام بالعالم واللا اكتراث الشديد كما تظهر في بعض حالات ذهان الشيخوخة .

٣ -الـتدهور العقلـي العام : كالعجز عن التجريد ، وفهم الأفكار الجديدة والعجز عن الحكم الجيد ، والجمود خاصة في حالات الذهان العضوي الناتج عن تحلل المراكز العصبية في الجهاز العصبي نتيجة للشيخوخـة .

٤ -النوبات الصرعية : حيث تؤدي إصـابات المخ أحياناً إلى اضطرابات في النشاط الكهربائي وإيقاعاته في المخ مما يسبب النوبات الصرعية .

٥ -اضطرابات الانتباه كالتشتت السريع للانتباه والهذيان Delirium : يتمثل في صـعوبة التحكم في الانتباه بتغيره ، أو تثبيته ، مع سـهولة عدم التركيز نتـيجة للتركيـز علـى منبهات خارجية أو داخلية غير مرتبطـة بالموضوع الأصلي للانتباه .

٦ -عدم الوعي **Disorientation** بالزمان والمكان خاصة في حالات الذهان العضوي الناتج عن إصابات المخ أو الحوادث الخطيرة التي تنتهي إلى إصابات في المراكز العصبية .

اضطرابات الشخصية *Personality disorders*

الشخصية المضطربة هي الشخصية التي تنطوى على خصائص معينة تسبب اضطراب توافق الفرد مع نفسه أو مع الآخرين ، مع شعوره بالمعاناة وعدم السعادة لوجود مثل هذا الاضطراب ونظراً لتشابه اضطرابات الشخصية مع العديد من الاضطرابات النفسية ، فقد لا يرى الفرد أنه يعاني من مشكله مع خصائص شخصيته وبالتالي لايمكن تشخيص اضطراب الشخصية إلا إذا ما تسبب الاضطراب في شعور الفرد بالتعاسة والمعاناة أكثر من المعتاد ، وقد تسبب اضطرابات الشخصية المعاناة للمحيطين بالفرد وزملائه في العمل أو أطفاله أو زوجته وما إلى ذلك أكثر مما تسببه للفرد نفسه .

وتشتمل اضطرابات الشخصية وفقاً لدليل التشخيص الإحصائي الرابع على عشرة أنواع مقسمة إلى ثلاث مجموعات على النحو التالي :

المجموعة الأولى Cluster A :

أ - الشخصية الاضطهادية أو البارنويدية .

ب - الشخصية الفصامية .

جـ - الشخصية الشبفصامية .

المجموعة الثانية Cluster B :

د - الشخصية المضادة للمجتمع .

هـ - الشخصية الحدية أو البينية .

و - الشخصية الهستيرية (الاستعراضية) .

ز - الشخصية النرجسية .

المجموعة الثالثة Cluster C :

ح – الشخصية التجنبية أو الانزوائية .

ط – الشخصية الاعتمادية .

ى – الشخصية الوسواسية القهرية .

ك – اضطراب شخصية غير محدد .

أولاً : المعايير العامة لتشخيص اضطرابات الشخصية :

(أ) نمط ثابت من الخبرة الداخلية والسلوك يختلف بوضوح عن الثقافة التي يعيش فيها الشخص ، ويتضح هذا النمط في اثنين أو أكثر من النواحي الآتية :

١ –معرفياً، بمعنى :اضطراب طرق إدراك وتفسير ومعرفة النفس والآخرين والأحداث)

٢ – وجدانياً ، بمعنى : اضطراب مدى الانفعال ، وشدته ، وعدم استقرار وعدم ملاءمة الاستجابات العاطفية) .

٣ – اضطراب العلاقات الشخصية المتبادلة .

٤ – السلوك الاندفاعي .

ب – يكون هذا النمط الداخلي جامداً ومستمراً لفترة طويلة في المواقف الشخصية أو الاجتماعية .

جـ – يتسبب الاضطراب في حدوث دلالات إكلينيكية على معاناة الشخص واضطراب الأداء الوظيفي والاجتماعي والمجالات الأخرى .

د –يكون النمط من الثبات مع حدوثه لفترة طويلة وتكون له جذور في مرحلة المراهقة أو الصبا على الأقل .

هـ – لا ينتمي هذا النمط إلى أي من الاضطرابات العقلية الأخرى .

و – لا يكون بمثابة رد فعل أو نتيجة لآثار نفسية مباشرة لتعاطى المواد المؤثرة نفسياً أو لحالات طبية عامة مثل إصابات الرأس .

اضطراب الشخصية الاضطهادية (البارانويدية) :

وتتميز هذه الشخصية بوجود أفكار اضطهادية تجاه أغلب من يحيطون به مع كثرة التذمر والشكوى من أن الناس لا يقدرونه ، كما أنه كثير المشاجرة مع زوجته لمجرد تعاملها مع شخص آخر كما أنه دائم الشكوى من الآخرين وتمتلئ بهم المحاكم وأقسام البوليس كشكاة من آخرين . كما يتسم بالغرور والكبرياء والشعور بالاضطهاد السياسي .

معايير تشخيص الشخصية الاضطهادية :

١ -الشك المستمر والتوحس من الآخرين ، حيث يفسر أفعالهم على أنها نوع من الغل Malevolent أو الحقد ، وتبدأ هذه الاضطرابات في طور الرشد وتظهر في سياقات أو مواقف عديدة ، وتتحدد بأربعة أو أكثر من الأعراض الآتية :

٢ -الشك بدون أساس كافٍ بأن الآخرين يستغلونه ، ويؤذونه ، ويخدعونه .

٣ -الانشغال بشكوك لا مبرر لها في إخلاص أو مصداقية أصدقائه والمحيطين به .

٤ - مقاومة أو كراهية الثقة في الآخرين لخوفه الشديد من استعمال أية معلومات ضده .

٥ -التحرز لمعرفة ما وراء الكلام أو الأحداث من معانٍ مهددة .

٦ -مداومة الشكوى من كونه مظلوماً أو مجروحاً .

٧ -الحساسية الشديدة وردود الأفعال المتهجمة لمجرد تهجم الآخرين عليه .

٨ -تكرار الشك بدون مبرر في إخلاص ووفاء زوجته أو رفيقه الجنسي .

ب – لا تحدث هذه الأعراض بسبب الفصام أو اضطراب المزاج أو مع أية مظاهر ذهانية أخرى ، ولا تكون هذه الأعراض نتيجة لتأثير العقاقير والأدوية أو لحالة طبيــة عامة .

مــع ملاحظــة أن مثل هذه المعايير قد تلتقي مع الأعراض الممهــدة للفصــام أو ما قبــل حــدوث الفصــام .

اضطراب الشخصية الفصامية :

يتمــثل المظهر الرئيسي للشخصية الفصامية في الانعزال عن العلاقات الاجتماعية وعدم التجاوب الانفعالي مع الآخرين ، ويبدأ هذا النمط مع بداية البلوغ ويبرز في سياقات اجتماعية عديدة . ولا تبدو لدى مثل هذا الشخص رغــبة في التآلف أو تكوين علاقات حميمة بالآخرين ولا يرحب بأن يكون عضواً في أسرة أو جماعة .

معايير التشخيص :

أ – نمــط متواصل من العزلة عن العلاقات الاجتماعية مع عدم التجاوب الانفعالي في مواقف العلاقات الشخصية المتبادلة ، ويبدأ في بداية طور الرشد ويظهر في سياقات متعددة ، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الأعراض الآتية : –

١ –العزوف وعدم الاستمتاع بالعلاقات الشخصية الحميمة أو حتى ترحيبــه بأن يكون جزءاً من الأسرة .

٢ –التفضيل الدائم للأنشطة التي تتطلب العزلة والانفراد .

٣ –قصور الاهتمامات الجنسية وعدم الاهتمام بالدخول في خبرات جنسية مع الآخرين .

٤ –الاكتفاء بقسط قليل من المتعة إذا قام بأيــة أنشــطة .

٥ –الافــتقــار إلى علاقــات الصداقة الحميمة فيما عدا الأقرباء من الدرجــة الأولى .

٦ –يبدو غير مكــترث بالمدح أو النقد من الآخرين .

٧ -يبدى برودا عاطفياً مع العزلة والوجدان المتسطح أو الباهت .
ب - لا تحـــدث هذه الأعراض أثناء حالات الفصام واضطراب المزاج أو أي اضطراب ذهاني آخر أو اضطراب نمائي أو تعود إلى التأثير النفسي المباشر لتعاطى المواد المؤثرة نفسياً أو نتيجة لحالة طبيـــة عامـــة . مع ملاحظة أنه من الممكن أن تتقابل مع الفصام كمهيئات للمرض أو الاضطراب.

اضطراب الشخصية الشبه - فصامية :

وتتميز هذه الشخصية بالميل إلى تجنب الاختلاط بالناس ، والرغبة في الهدوء مع الحساسية الزائدة والخجـل واللجـوء إلى الخيال وأحلام اليقظـة أكثـر من ارتباطها بالواقع . ويبدأ هذا النمط مع بداية طور الرشد ويبرز في سياقات متعددة.

معايير تشخيص الشخصية الشبه - فصامية :

أ - نمط ثابت من القصور في العلاقات الاجتماعيـة والعلاقات الشخصية المتبادلة يتسم بعدم ارتياح حاد ، أو قصور القدرة على العلاقات الحميمـة مع تحـريفات إدراكية ومعرفية مع غرابـة السلوك ، ويبدأ الاضطراب في بداية طـور الرشـــــد ويبرز في سياقات متعددة ، ويتحدد بخمسة أو أكثر من الأعراض التالية :

١ - الـتفكير المرجعـي Ideas of reference أو ضـلالات تعود إلى كون الشخص محور اهتمام الآخرين وانهم يتحدثون عنه أو يتسمون له أو يتناولونه في الصحف والإذاعات وما إلى ذلك .
٢ - الاعـتقادات الـشاذة أو الـتفكير الخـرافي والـتي لا تتفق مع المعايير الاجتماعـية ، مـثل الاعـتقاد بالتـرفع والاعتقاد في حدة التبصر - مكـشوف عنه الحجاب Clairvoyance أو التخاطر أو وجود الحاسة السادسة ، ولدى الأطفال والمراهقين تشـيع الأخاييل العجيبـة .
٣ - خـبرات إدراكية غير عادية تشتمل على أوهام بدنيـة .
٤ - غـرابة الـتفكير والحـديث مـثل (الإبهـام والغموض ، الالتباس ،

والاستخدام الاستعارى، التداخل ، تكرار التفكير بصورة ثابتة Stereotyped .

٥ - الشك أو الأفكار الاضطهادية .
٦ - تقيد الوجدان وعدم ملاءمته للموقف .
٧ - شذوذ أو غرابة السلوك والمظهر .
٨ - الافتقار إلى العلاقات الحميمة فيما عدى الأقارب من الدرجة الأولى .
٩ - قلق اجتماعي مفرط لا يتناسب مع المواقف ويميل إلى أن يكون مصحوباً بمخاوف بارانويدية .

لا تحدث هذه الأعراض أثناء الإصابة بالفصام أو اضطراب المزاج أو أي اضطراب ذهاني آخر أو اضطراب نمائي .

مع ملاحظة أن هذه الأعراض تلتقى مع مهيئات الإصابة بالفصام .

الشخصية المضادة للمجتمع :

وهذه الشخصية تتسم بالفشل في بناء علاقات حميمة مع الاندفاعية وغياب الشعور بالذنب مع العجز عن الاستفادة من الخبرات السابقة مع ميلها الشديد إلى تخريب الممتلكات والإتيان بالعديد من المسالك الشاذة والمضادة للقانون والمجتمع المحيط .

معايير تشخيص الشخصية المضادة للمجتمع :

أ - وجود نمط ثابت من عدم الاكتراث وخرق القواعد المعية وانتهاك حقوق الآخرين يحدث بداية من السنة الثامنة عشر من العمر ويتحدد بثلاث أو أكثر من الأعراض الآتية :

١ - الفشل في الامتثال للمعايير الاجتماعية ، والإتيان بالمسالك الإجرامية
٢ - الميل إلى المخادعة بتكرار الكذب أو الظهور بمظهر الرجل الطيب والمثالي بهدف تضليل الآخرين .
٣ - الاندفاعية والتهور .
٤ - عدم الاستقرار والعدوانية التي تتحدد بتكرار العدوان البدني أو

التهجـــم بالاعتداء على الآخرين .

٥ – التهور وعدم الاهتمام بتأمين نفسه أو الآخرين .

٦ – التحرر من المسئولية ، وفشله المتكرر في الاستمرار في عمل واحد أو تحقيق دخل مادي ثابت وشرعي .

٧ – غياب الشعور بالندم أو الذنب وتكرار إيذاء الآخرين والسطو عليهم.

ب – يكون عمر الشخص ١٨ سـنة على الأقل .

جـ – وجود اضطرابات سلوكية لها تاريخ مرضى فيما قبل الخامسة عشرة .

د – لا يحدث الاضطـراب أثناء حدوث الفصام أو الهوس .

اضطراب الشخصية الحدية أو البينيـة :

وتتـــسم هـــذه الشخـصية بنوع من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية المتبادلة ، وصورة الذات ، والوجدان ، مع الاندفاعية ، وهو النوع الـــذي يقع على الحدود بين عدد كبير من الاضطرابات الشخصية والذهان والعصاب .

معايير تشخيص الشخصية الحديـة :

أ – نمــط مستمر من عدم الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة وصورة الذات، والوجدان ، مع الاندفاعية الواضحة والتي تبدأ مع بداية البلوغ وتبرز في سياقات عديدة ، وتتحدد بظهور خمسة أو أكثر من الآتي :

١ – بـــذل الجهود المسعورة لتجنب الانهجار أو مجرد تخيله مع ملاحظة أن هـــذا المعـــيار لا يحتوى على السلوك الانتحاري أو إيذاء الذات الذي يتناوله المعيار الخامس .

٢ – نمـــط من عدم الاستقرار الشديد في العلاقات الشخصية المتبادلة والتي تتصف بالتأرجح بين المثالية والتحقير المسرف .

٣ – اضطراب الهوية واضطراب صورة الذات والإحساس بها .

٤ – السلوك الاندفاعي في مجالين على الأقل مسببين لإيذاء الذات (مثال :

الإسراف في إنفاق الأموال ، الجنس ، سوء استعمال العقاقير (الإدمان) القيادة بسرعة متهورة ، الأكل بشراهة في الحفلات العامة) مع ملاحظة عدم احتواء هذا المعيار على السلوك الانتحاري أو سلوك إيذاء الذات المتضمن في المعيار الخامس .

٥ – تكرار السلوك الانتحاري ، أو التلميح به ، أو التهديد بالانتحار أو إيذاء الذات .

٦ – عدم الثبات الوجداني مع اضطراب المزاج التفاعلي (مثال : معاناة حالات ابتئاس شديدة وعدم الاستقرار أو الاهتياج ، معاناة قلق غير عادى يستمر لساعات قليلة ولكنه نادراً ما يستمر لأيام قليلة) .

٧ – شعور مزمن بالفراغ .

٨ – ظهور حالات من الغضب الشديد الذي يصعب السيطرة عليه (مثال: الاستياء المتكرر ، الغضب المستمر ، تكرار حدوث العراك البدني) .

٩ – معاناة حالة من الكرب العابر والمرتبط بالأفكار البارانويدية أو معاناة أعراض انشقاقية شديدة .

اضطراب الشخصية الهستيرية أو الاستعراضية :

وهي الشخصية ذات الميول الاستعراضية التي تحاول جذب انتباه الآخرين مع المبالغة في المشاعر رغم ضحالتها ، ومن خصائصها أيضاً ، القدرة العالية على خداع النفس والكذب المرضى ، والتذبذب السريع والفشل في إقامة علاقات ثابتة ولمدة طويلة نظراً للافتقار إلى القدرة على المثابرة . ولذا تتعدد فيها العلاقات العاطفية وقد تتعدد فيها مرات الزواج .

وتعمل الشخصية الهستيرية على القيام بالمواقف التمثيلية ، وتفسير مواقف الحياة العادية على نحو جنسي استعراضي .

معايير تشخيص الشخصية الهستيرية :

نمط ثابت من البحث عن جذب الانتباه مع الانفعالية الزائدة ، ويبدأ في بداية طور الرشد ويبرز في العديد من السياقات ، وتحدد الشخصية الهستيرية بخمسة أو أكثر من الخصائص الآتية :

١ –الضيق من المواقف التي لا يكون أو تكون فيها الشخص مركز اهتمام الآخرين

٢ –غالباً ما تصطبغ العلاقة بالآخرين بالصبغة الجنسية أو أسلوب الغواية الفاضح

٣ –عدم الاستقرار مع سطحية التعبيرات العاطفية .

٤ –استخدام المظهر البدني اللافت للانتباه .

٥ –استخدام الأسلوب الانطباعي (غير الواقعي) والذي تنقصه التفاصيل .

٦ –العرض الدرامي للذات على نحو مسرحي والمبالغة في التعبير عن العاطفة

٧ –القابلية للإيحاء (بمعنى سرعة التأثر بالآخرين) .

٨ –الاهتمام بأن تكون علاقاته قائمة على التهويل أكثر من كونها علاقات فعلية .

اضطرابات الشخصية النرجسية :

يرى " هانز كوهيت" أن النرجسية بناء تعويضي يقيمه الفرد بسبب الحرمانات التي عاناها أثناء طفولته ، كما أنها تشكل قدرة لحفظ الذات تساعد الطفل على تعويض الانجراحات النرجسية المستمرة التي يعانيها في العالم المحيط به والأنظمة الأسرية المضطربة وظيفياً ، وتصبح النرجسية بعد ذلك بمثابة تنظيم داخلي يسمح للطفل بالتكيف مع الوسط المعاش وتساعده في تعديل أوضاعه بعد افتقاده للشعور الواهم بالقدرة المطلقة .

وإذا ما استمرت هذه الخصائص النرجسية ، فإن الشخص عادة ما يصاب باضطراب الشخصية الذي يتسم بالعظمة الزائدة والإعجاب المفرط بالنفس والأنانية

معايير تشخيص الشخصية النرجسية :

نمط ثابت من التعاظم والعظمة المبالغ فيها **Grandiosity** (على مستوى السلوك والتخيل) ويحتاج إلى إعجاب الناس به ، ويفتقر للقدرة على التعاطف ، ويبدأ هذا النمط في بداية طور الرشد ويبرز في سياقات عديدة ، ويتحدد بخمسة أو أكثر من الخصائص التالية :

١ - إحساس متعاظم بأهمية ذاته (مثال : المبالغة في الأشياء التي ينجزها ومواهبه ، يتوقع أن يعرفه الناس على أنه مترفع وراقٍ في كل ما ينجزه بغض النظر عن معايير التميز) .

٢ - الانشغال بخيالات النجاح غير المحدود،والقوة، والألمعية ، والجمال أو الحب المثالي .

٣ - الاعتقاد بأنه أو بأنها تكوين خاص وفريد من نوعه ولا يفهمه إلا علية القوم .

٤ - يحتاج لمزيد من الإعجاب .

٥ - الإحساس بالأهلية أو الكينونة الزائدة ، بمعنى توقعاته غير معقولة للعلاج الذي يفضله أو الانصياع التلقائي لهذه التوقعات .

٦ - استغلال الآخرين ، أو الانتهازية ، بمعنى استغلال الآخرين لتحقيق ما يصبو إليه .

٧ - الافتقار إلى التعاطف ، ويكون غير مبال أو مكترث بمشاعر الآخرين وحاجاتهم.

٨ - غالباً ما يحسد الآخرين أو يعتقد أن الآخرين يحسدونه .

٩ - يبدو متغطرساً ، مع مظاهر المسالك والاتجاهات المتعجرفة .

اضطرابات الشخصية الانزوائية أو التجنبية :

وهو نوع من الشخصية السلبية مسلوبة الإرادة ، تميل إلى تجنب الأنشطة الاجتماعية التي تحتاج إلى المشاركة الفعالة ، ويفتقد صاحبها إلى دور

المبادرة والقدرة على الاستمتاع بالحياة مع الافتقار إلى القدرة على تحمل المسئولية أو الثقة بالنفس .

معايير تشخيص الشخصية التجنبية :

نمط ثابت من النشاط الاجتماعي المكفوف ، والشعور بنقص الكفاية الشخصية مع الحساسية الزائدة للتقييمات السلبية ، ويبدأ في بداية طور الرشد ويبرز في العديد من السياقات ، ويتحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص الآتية :

١ - تجنب الأعمال التي تحتاج إلى الاحتكاك بالآخرين ، للخوف من الانتقاد أو عدم الاستحسان أو الرفض .

٢ - النفور من التعامل مع الآخرين فيما عدا النمط الذي يشبهه .

٣ - يبدى تحفظاً أو يكون مقيداً في العلاقات المكره عليها لخوفه من الخزى أو أن يكون موضع سخرية الآخرين .

٤ - الانشغال بإمكانية تعرضه للنقد أو الرفض في المواقف الاجتماعية .

٥ - عدم الإقبال على علاقات جديدة لشعوره بعدم كفايته الشخصية .

٦ - النظر إلى نفسه باعتبارها غير جديرة ، أو الشعور بالدونية بالقياس بالآخرين .

٧ - المقاومة غير العادية للقيام بأية مخاطر أو مغامرة شخصية أو حتى الارتباط بأية أنشطة جديدة للخوف من الارتباك .

اضطراب الشخصية الاعتمادية :

يشكل الاعتماد والتعلق المظهر الرئيسي لهذا النوع من الشخصية ، أو ما يسمى بالنوع الاتكالي الذي يلقى بأعباء ذاته على الآخرين ، مع العجز عن رعاية ذاته أو العناية بالآخرين .

معايير تشخيص الشخصية الاعتمادية :

الحاجـــة الثابـتــة والمستمرة لتلقى الرعاية والتي تدفعه إلى السلوك التعلقــى أو الالتصاق بالآخرين مع خوفه الشديد من الانفصال ، ويبدأ مع بداية طور الرشد ويبرز في العديد من السياقات ، ويتحدد بخمســة أو أكثر من الخصائص التاليــة :

١ -صعوبة اتخاذ القرارات اليوميــة بدون توجيه النصح والإرشاد المسرف أو التشجيع من الآخريــن .
٢ -يحتــاج إلى أن يتحمل الآخــرون المسئولية عن معظــم مجالات حياته .
٣ -وجــود صعوبة في الاعتراض على الآخرين أو عدم موافقتهــم للخوف من فقد المساندة أو الاستحسان . مع ملاحظة أن هذا المعيار لا يحتوى على الخوف الواقعي.
٤ - صعوبة البدء في أي مشروع أو عمل أي شيء يخصه (بسبب الافتقار إلى الثقة بالنفس والدافعية للعمل) .
٥ -يسعى إلى اكتســاب أكبر قدر من الدعم والمساندة من الآخريــن .
٦ -الشعور بالضيق والعجز إذا كان وحيداً للخوف الشديد من الارتباك إذا صادفــه موقف يحتاج إلى مساعدة الآخرين في الوقت الذي لا يستطيع العناية بنفسه
٧ -الــبحث بلهفــــة عــن علاقــات شخــصية أخرى أو مصادر للعناية والمســـاندة إذا انقطعت إحدى علاقاته الحميمــة .
٨ -الانشــغال غير الواقعــي بالخــوف من أن تــترك له مســئولية الاعتناء بنفسه .

اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية :

وهي نوع من الشخصية يتسم أصحابها بالجمود والإسراف في النظام والترتيب والدقة والصبغ بالمثالية واحترام التقاليد مع الميل إلى الروتين مع وجود وساوس قهرية ويقظة الضمير والشعور الزائد بالذنب .

معايير تشخيص الشخصية الوسواسية القهرية :

نمط ثابت من الانشغال بالنظام المسرف ، والتوق إلى الكمال ، والانضباط العقلي والعلائقى (انضباط في علاقة الشخص بالآخرين) مع نقص في المرونة والتفتح والفاعلية أو الإثارة ، ويبدأ في بداية طور الرشد ويبرز في العديد من السياقات ويتحدد بأربعة أو أكثر من الخصائص الآتية :

١ - الاهتمام بالتفاصيل ، والقواعد ، والنظام والترتيب لدرجة يضيع معها الاهتمام بالنقاط الهامة في الموضوع .

٢ -ينشد الكمال في كل ما يقوم به من أعمال (مثال : عدم القدرة على إكمال أي مشروع لأنه يطلب مستويات عالية جداً) .

٣ -الإخلاص الزائد للعمل أو الإنتاجية للابتعاد عن الأنشطة التي تجلب الاستمتاع (ولا يعد للحاجة للمال) .

٤ -التأنيب الزائد ويقظة الضمير وعدم المرونة في الأمور المتعلقة بالأخلاق والقواعد والقيم (ولا يعد هذا المعيار ضمن التوحدات الدينية أو الثقافية)

٥ -عدم القدرة على رفض الموضوعات البالية حتى ولو لم تكن منطوية على أية قيمة .

٦ -معارضة القيام بالمهام الموكلة إليه بالأعمال مع الآخرين إلا إذا وافقه الآخرون على أسلوب أدائه الخاص لهذه المهمة أو العمل .

٧ -البخل في الإنفاق المالي وتعليل ذلك بأن المال ضرورة للمستقبل .

٨ -الجمود والتعصب .

التخلف العقلي Mental Retardation

يشير مفهوم الضعف العقلي كما ترى الجمعية الأمريكية للضعف العقلي (فاروق صادق ، ١٩٨٢) إلى حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي عام دون المتوسط ، تبدأ خلال مرحلة النمو ، ويصاحبها قصور في السلوك التكيفي للفرد .

ويقصد بالمستوى الوظيفي العقلي العام نسبة الذكاء كما تستخرج من خلال تطبيق اختبارات ذكاء مقننة .

أما دون المتوسط فتعني أن مستوى أداء الفرد يقل عن مستوى أداء العاديين بمقدار انحراف معياري واحد ، إذا قيس الأداء باختبار أو بمقاييس الذكاء .

وبالرغم من أنه يصعب تحديد فترة النمو التي يظهر فيها الضعف العقلي فإن هيبر يقترح سن ١٦/١٨ سنة كمعيار لنهاية فترة النمو العقلي . وهذا يساعد على تميز حالات التخلف العقلي عن الحالات الأخرى مثل الجنون والتدهور العقلي الذي لا يوجد عمر محدد لظهوره .

ويعبر مفهوم القصور في السلوك التكيفي عن ضعف فاعلية الفرد في التكيف للاحتياجات المادية والاجتماعية لبيئته .

أنواع التخلف العقلي :

ظهرت تصنيفات متعددة للمتخلفين عقلياً تختلف فيما بينها باختلاف جانب المشكلة التي يراعيها الباحث في دراسته للتخلف العقلي . ومن الصفات الشائعة للتخلف العقلي التصنيف بحسب نسبة الذكاء كمعيار للمستوى الوظيفي للقدرة العقلية العامة .

فمن المعروف أن الذكاء يتوزع توزيعاً اعتدالياً بين الناس ، وأن الفرد المتوسط يحصل على ١٠٠ درجة على اختبار مقنن مثل مقياس بينيه ، أو وكسلر- بلفيو . ومن المعروف أيضاً أن معظم الناس تكون درجاتهم متوسطة . أما إذا كان الشخص متفوقاً أو نابغة فإن نسبته تكون في الطرف الأعلى من التوزيع . بينما تقع فئة المتخلفين عقلياً على الطرف الأدنى للتوزيع وهو ما وجده بينيه في نتائج اختباره المعروف . وقد أطلق بينيه اسم :

١ - المورون:وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين ٥٠ - ٧٥ .
٢ - الأبله :وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين ٣٥ - ٥٠ .
٣ - المعتوه:وهي الفئة التي تقع نسبة ذكائها بين صفر - ٢٥ .

وعلى هذا نجد أن الحد القاطع بين التخلف العقلي والذكاء يبدأ من نسبة الذكاء ٧٠ فأقل .

أما دليل التشخيص الإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية (DSM III, 1980) فيستخدم أربع درجات للتخلف العقلي بحسب نسبة الذكاء هي :

تخلف بسيط	من ٥٠ : ٧٠ نسبة الذكاء .
تخلف متوسط	من ٣٥ : ٤٩ نسبة الذكاء .
تخلف شديد	من ٢٠ : ٣٤ نسبة الذكاء .
تخلف خطير أو عميق	أقل من ٢٠ .

التخلف البسيط :
يشكل النسبة الكبرى من حالات التخلف العقلي (٨٠٪ تقريباً من المتخلفين عقلياً تخلفهم بسيط) وهم من الناحية التربوية يقبلون التعليم ويستطيعون أيضاً بزيادة في عمليات التوجيه والتعليم أن ينموا إمكانياتهم ومهاراتهم الاجتماعية في مرحلة ما قبل المدرسة . ولا تظهر بينهم انحرافات حسية - حركية خطيرة كما في الفئات الأخرى . ويستطيعون النجاح في

المدرسة واكتساب الخبرات المهنية، والمهارات الاجتماعية ولكن ببعض التوجيه والعون .

التخلف المتوسط :

يتماثل مع فئة البله إلا أنهم قابلون للتدريب ، ويكونون ما يقرب من ١٢% من المتخلفين . يستطيعون استخدام اللغة وتنمية القدرة على الاتصال إلا أن وعيهم بالمعايير الاجتماعية المقبولة وعي فقير . قد يستفيدون من التدريب المهني ، ويستطيعون الاعتماد على النفس ورعايتها ببعض من الإشراف الوثيق . يستطيعون في فترات الدراسة الابتدائية أن يكتسبوا من خلال التدريب بعض المهارات الاجتماعية والمهنية ، إلا أن أداءهم الأكاديمي نادراً ما يتجاوز السنة الثانية الابتدائية . يحتاجون دائماً إلى الرعاية والإشراف في حالات الضغوط المادية الاقتصادية أو الاجتماعية البسيطة .

التخلف الشديد :

يكون أفراد هذه الفئة ما يقرب من ٧% من حالات التخلف العقلي ، وتظهر على هؤلاء منذ السادسة أو قبلها علامات الضعف في التطور الحركي ، واللغة ، والاتصال اللغوي . وقد يمكن بالتدريب تعليمهم خلال المرحلة الأولى من الدراسة القدرة على التخاطب واستخدام اللغة ، لكن فهمهم اللغوي وقدرتهم على تكوين لغة تفي بأغراض الاتصال التلقائي بالآخرين تبقى دائماً فقيرة . ونادراً ما يمكن تدريبهم مهنياً ، ويحتاجون دائماً إلى الرعاية الوثيقة .

التخلف العميق :

يمثل أفراد هذه المجموعة ١% أو أقل من حالات التخلف العقلي . وأفراد هذه الفئة يتصفون في سن ما قبل الدراسة بالتخلف العام في الوظائف الحسية والحركية ، والعقلية ، والاجتماعية . وهم أقل الفئات تكيفاً من الناحية الاجتماعية ، ويحتاجون إلى رعاية طبية وإشراف كامل لعنايتهم ،

ويظهرون حداً أدنى في استخدام الوظائف الحسية الحركية . وفي سن المدرسة (٦ - ١٢) لا يستفيدون من التدريب ، ولا يستطيعون تعلم الاعتماد على الــنفس ، بالرغم من نمو نسبي في بعض وظائفهم الحسية الحركية . وفي سن الرشــد قــد تــنمو لديهم بعض الكلمات وبعض الوظائف الأخرى إلا أنهم يظلون في احتياج الرعايــة والإشراف .

الأعراض الإكلينيكية :

بالإضــافة إلى انخفاض مستوى الذكاء والقدرات العقلية العامة تظهر لدى المتخلفين عقلياً أعراض أخرى منها :

١ - فقدان حب الاستطلاع والاهتمام بالعالم .
٢ - العجز عن استخدام المفاهيم المجــردة .
٣ - بــطء الاســتجابة للتنبيه والإثارة الحســية بالرغم من سلامة أعضاء الحس .
٤ - بالــرغم مــن عــدم اختلال القدرة على التذكر ، فإن انخفاض نسبة الذكاء تودى إلى عجــز عن الحفاظ على المعلومات المكتســبة .
٥ - فقر في تنظيم اللغة والكلام مع افتقارها للخصائص التعبيرية .
٦ - ضعف التآزر الحســي - الحركــي ...
٧ - في الحــالات الشديدة يتخذ التعبير عن الانفعالات شكلاً طفولياً مع ميل للتقلب الانفعالي الشديد والتبدد المفاجئ للانفعال .
٨ - تظهــر أيــضاً اضــطرابات جسمية في الحالات الشديدة من الضعف العقلي مثل الشلل ، وجحوظ العين .

بعض المشكلات المحيطة بعملية التشخيص:

تتفاوت المجتمعات في نظرتها لما تعتبره سلوكاً شاذاً ، أو مريضاً . فبعضها يتبنى وجهة نظر متسامحة إزاء المرض العقلي أو أنماط السلوك الشاذ . ولهذا تصف تلك المجتمعات كثيراً من المرضى (بمقاييس مجتمعات أخرى) بأنهم – في أسوأ الأحوال – من ذوى أطوار غريبة وحالات دينية متعذرة على الفهم العادي . وتضع بعض المجتمعات الأخرى معايير صارمة للتمييز بين السلوك السوي والمرضي .

ولهذا فإن مسألة تصنيف المرض العقلي والنفسي وتمييزه عن السواء ، تعتبر مسألة نسبية إلى حد بعيد . لذلك ينظر كثير من الأطباء النفسيين والأخصائيين في الصحة العقلية إلى عملية التصنيف هذه بشيء كثير من الحذر والشك . ويعتبرون أن وصف السلوك بالمرض أو الصحة ، إنما هو مسألة اعتبارية إلى حد بعيد ، وتخضع للقيم الاجتماعية السائدة .

ويعتبر " توماس زاز " Thomas Szaz أكثر الأطباء النفسيين هجوماً على التصنيفات التقليدية للأمراض النفسية والعقلية . ويذكر في كتابه الموسوم " مصنع الجنون " (Szaz, 1960) ، أن تصنيف شخص معين بوضعه في فئة معينة من الاضطراب النفسي أو العقلي كالعصاب أو الذهان أمر لا يفيد إن لم يكن مصدراً للضرر . وتفصيل ذلك في رأي " زاز " أن تشخيص المريض بوضعه في فئة من فئات التصنيف العقلي الشائعة ، يؤدى إلى ردود فعل اجتماعية سيئة من قبل المحيطين به من أقارب أو زملاء أو حتى الأطباء أنفسهم ، وتكون نتيجة ذلك سيئة على المريض نفسه . فما أن نصف شخصاً ما بأنه " فصامي " مثلاً ، إلا ونجد أن الآخرين يبدءون في التعامل معه على أنه مجنون ، أو شاذ أو غريب الأطوار ، سواء اتسم سلوكه بذلك أم لم يتسم .

ويعتــبر " زاز " أن هــذه الفكرة المسبقة عند التعامل مع الشخص تكــون بدايــة لكثير من المشكلات . فالمريض يبدأ في التصرف بحسب تلك التوقعات ، وبالتالي يزداد سلوكــه سوءاً .

والحقــيقة أن هــناك دلائــل متعددة تؤيد هذا الزعم . ففي كثير من مستشفيات الصحة العقلية ، نجد أن مجرد قراءة العاملين للتشخيص ذهاني ، أو فصامي ، تكون كافية لتكوين إدراكات مختلفة للمريض عن السابق . وبهذا يبدأ كل منهم بتكوين توقعات عن سلوك هذا المريض وعن مدى إمكانيات شــفائه . وقــد يدركــه الــبعض نتيجة لهذا التشخيص على أن حالة يتعذر علاجها ، مما يقلل بالفعل فرص النمو والعلاج الناجــح أمام الشخص .

وربما نجد لهذا السبب أن جماعة علم النفس الإنساني يرفضون أساساً استخدام كلمة مريض **Patient** في ميدان الصحة النفسية ، ويستخدمون بدلاً منها كلمة عميل **Client** أو حالة .

وهــناك مــن ناحــية أخرى ما يدل على أن عملية التشخيص الطبي النفسي ليست بالعملية المحكمــة المنضبطة كما يحلو للبعض أن يتصور . بل إنها تخضع للتزييف وســوء الحكم والتحيز . وتأكيداً لهذه الحقيقة أجــرى " روزنهــان " **(Rosenhan, 1970)** عــدداً مــن الدراسات التي تعتبر من أكثر الدراسات دلالة وأهمية في العقد الأخير من حياة علم النفس الإكلينيكي . فقد طلب " روزنهان " من ثمانية أشخاص أسوياء من بينهم :

طالب دكتوراه في علم النفس ، ثلاثــة أخصائيين نفســيين ، طبيب أمراض نساء ، طبيب نفسي ، زوجــة . طلــب مــنهم جمــيعاً أن يذهبوا إلى مكاتب الالتحاق بعدد من مستشفيات الأمراض العقلية في ولايات أمريكية متفــرقة وأن يطلــبوا الالــتحاق بالمستشفي للعلاج النفسي بحجــة "أنهــم يسمعون أصواتاً غير واضحة " . وكانت هذه هي الشكوى الوحيدة التي عبر

عنها هؤلاء الأشخاص . وفيما عدا ذلك طلب " روزنهان " من كل منهم أن يتـصرف علـى نحو عادى . وبالرغم من أن أحدهم لم يتظاهر بأي أعراض أخرى أو شـذوذ ، فقد سمحت مكاتب الالتحاق لجميع هؤلاء الأشخاص في جميع المستشفيات التي تقدموا لها بالالتحاق بالمستشفي للعلاج .

وعند الالتحاق بالعنابر العلاجية ، توقفوا جميعاً عن الشكوى من أي أعراض بما في ذلك الأصوات التي كانوا يدعون سماعها . بالرغم من هذا فلم يكتشف أحد أنهم أشخاص عاديين متعلمين ومن فئات ناجحـة اجتماعياً . فـضلاً عـن هذا فقد اخرجوا جميعاً من المستشفي عندما حان الوقت لذلك بتشخيص : فصام في طور التحسن Schizophrenia, in remission .

والنتيجة من هذه الدراسة ، أن الجنون والسواء يختلطان وأن الصورة الـسوية قد تتأثر بالتوقعات الاجتماعية . وأن عملية التشخيص ذاتها عملية تلعب فيها العوامل الذاتية والشخصية والتوقعات الكثير من التشوهات .

ويطلـق " روزنهـان " علـى هذا النوع من التشويه: خطأ الإيجاب السالب False - positive أي إدراك الإيجابي على أنه سلبي . ولكي يكتشف مـا إذا كان التحيز والخطأ قد يسير في اتجاه آخر غير هذا الاتجاه الإيجابي – الـسالب فقط ، فقد أجـرى دراسة أخرى ، اكتشف من خلالها نوعاً آخر من الخطأ أطلق عليه اسم خطأ السالب – المنفي False - negative أي خطأ إدراك المريض على أنه سليم . وفي هذه الدراسة الثانية أرسل تقريراً لعدد من العاملـين في ميدان الصحـة العقليـة داخل العيادات النفسية والعنابر ، يبلغهم فيه بنتائج الدراسة السابقة منبهاً إياهـم إلى أن عدداً آخر من الطلاب المـزيفين قد يلتحقون بهذه المستشفيات والعيادات لمزيد من الدراسـة خلال الشهور الثلاثة القادمـة ، وأن بعضهم قد التحق بالفعل بهذه المؤسسـات . ثم طلـب مـن العاملـين أن يقوموا بعملية تقـييم للمرضى الموجودين لديهم

باستخدام مقياس للاضطراب النفسي والعقلي ، كما طلب منهم أن يضعوا تشخيصاً ملائماً لكل مريض . وقد كشفت النتائج عن الحكم على ٤١ مريضاً من ١٩٣ مريضاً عقلياً حقيقياً (أي ما يعادل ٢١%) بأنهم طلبة وليسوا مرضى وذلك من قبل عامل واحد على الأقل . وحكم على ٢٣ مريضاً منهم (أي ما يعادل ١٢%) بأنهم طلبة عاديين من قبل الطبيب النفسي وإذا عرفنا أن جميع المرضى كانوا مرضى حقيقيين ، فإن هذا معناه أن من الممكن الحكم على إنسان مريض بأنه عادى حتى وإن كان من يقوم بالحكم طبيب مدرب .

على أن هذه المآخذ لا يمكن أن تغني عن القيام بالتصنيفات المختلفة للأمراض العقلية والنفسية . فالتصنيفات إذا ما وضعت بدقة وإذا ما استخدمت بحذر تعتبر الخطوة الأولى لتنظيم معلوماتنا عن طبيعة سلوك المريض ، وعلاجه . فضلاً عن هذا ، فمن خلال التشخيص تحت فئة معينة من المرضى والاضطراب يمكن اختصار كثير من الحقائق الجزئية التافهة في فئات أقل ولها معنى . ويساعد التشخيص أيضاً على خلق لغة اتصال لها معنى بين المتخصصين في الميدان . إذ يكفي القول بأن هذه المريضة مثلاً تعاني من اكتئاب حتى تتفتح بين المتخصصين لغة اتصال وتبادل معلومات وخبرة حتى وإن كان بعضهم لم ير هذه المريضة قط .

وهناك علماء مشهود لهم بالنجاح والشهرة العلمية من أمثال " أيزنك " (Eysenck, 1960) " وكاتل " (Cattell, 1965) ممن يرون أن نظام التصنيف نظام ضروري إذا ما رغبنا لعلم النفس الإكلينيكي والطب النفسي أن يكونا منهجين علميين لأن من الضروري قبل أن نقوم بعلاج مرض أو اضطراب سلوكي معين ، أو قبل أن نقوم بوضع الأسباب التي أدت له أن نعرف أولاً ما هو هذا المرض وما هي مظاهره .

الخلاصة

يعرض هذا الفصل لأهم الأمراض النفسية والعقلية التي يصادفها الأخصائي النفسي الإكلينيكي في غالبية العيادات ومستشفيات الصحة النفسية .

وقد ركزنا على التصنيف الطبي النفسي والذي يمكن بمقتضاه تحديد خمسة أنواع رئيسية من الأمراض النفسية والعقلية وهي : الأعصبة بأنواعها المختلفة كالقلق ، والمخاوف المرضية ، والقلق العام والعصاب القهري والوسوسة والهستريا والذهان الوظيفي بشكليه الرئيسيين وهما الفصام بأنواعه المختلفة وذهان الوجدان ، والذهان العضوي كالشيخوخة والصرع ، والذهان الناجم عن أورام المخ ، واضطرابات الشخصية ومن أهم أشكالها الانحرافات السيكوباتية ، ثم أخيراً الطائفة الخامسة وهي التخلف العقلي بأشكاله الأربعة المعروفة وهي التخلف البسيط ، والتخلف المتوسط ، والتخلف الشديد والتخلف العميق .

ويصف الفصل الأعراض الإكلينيكية لكل شكل من هذه الأشكال . ويتعرض لبعض القضايا المحيطة بعملية التصنيف والانتقادات الحديثة الموجهة لها .

الفصل الثالث

التشخيص الإكلينيكي (أ)
المقابلة وفنيات إجرائها

تعتبر المقابلة أداة بارزة من أدوات البحث العلمي في علم النفس الإكلينيكي ، وفي غيره من العلوم . وتبرز أهمية المقابلة في الميدان الإكلينيكي من حقيقة كونها الأداة الرئيسية التي يستخدمها الأخصائيون في مجالي التشخيص والعلاج النفسي . ونظراً لأهمية هذين المجالين ، فإن العلماء والباحثين غالباً ما يميلون إلى التمييز الحادّ بين نوعين من المقابلة : تلك التي تجرى بهدف التشخيص وتقييم الشخصية ، وتلك التي تستخدم في مجال الخدمات العلاجية والإرشادية . والحقيقة أن الفرق بين هذين النوعين من المقابلة يكمن في الهدف الذي يتوقعه الأخصائي من إجراء المقابلة ، وليس في الإجراءات المستخدمة عند تنفيذها .

فالمقابلة سواء كان الهدف منها تغيير الشخصية وعلاجها أو الوصول إلى بعض المحكات التشخيصية تحتاج إلى الخبرة والتدريب بالإضافة إلى الإلمام بالفنيات الرئيسية التي تساعد على حسن إجرائها وتحقيق الأهداف منها .

وتولي الجامعات ومؤسسات الخدمة النفسية أهمية كبرى لتعليم الطلاب والأخصائيين مهارات المقابلة وفنيات إجرائها ، وذلك لأنها تعتبر من المناهج الإكلينيكية التي لا يعلى عليها إذا ما استخدمت بكفاية وإذا أمكن تدريب الإكلينيكيين عليها في فترة معقولة تساعد على إتقانها .

وبالـــرغم من اختلاف تعريفات المقابلة ، فإنه يمكن النظر إليها بوجه عـــام علـــى أنهـــا موقف تواصل لفظي (محادثـــة) بين اثنين أو أكثر بهدف الوصول إلى معلومات من أحد الطرفين (الحالة أو المريض) أو التعديل من جـــوانب معيـــنة مـــن سلوكه . ولهذا يعتبر تعريف " بنجهام " و " مور " (Bingham and Moore 1924) من أفضل التعريفات وأقصرها حيث ذكرا أن المقابلـــة هي محادثـــة موجهـــة لغرض محدد غير الإشباع الذي تحققه المحادثة نفسها .

أنواع المقابلة :

تخـــتلف أنواع المقابلات باختلاف الهدف أو الغرض الذي تجرى من أجله المقابلة ، ولهذا يختلف العلماء في تحديدهم للأنواع المختلفة من المقابلة ، ويمكن للقارئ أن يطلع على تصنيفات متنوعة في كثير من المراجع الرئيسية (مـــثلاً بالعـــربية : الزيادى ، ١٩٦٩ ، هنا وهنا ، ١٩٧٦ ، ياسين ، ١٩٧١ وبالإنجليزية : Johson, 1981, Korcin, 1979; Sundberg 1977; Sundberg et. al., 1973) إلا أنـــه يمكـــن تحديد ستة أنواع رئيسية من المقابلة في المجال الإكلينيكي لكل نوع منها هدف رئيسي محدد ، وهي:

المقابلة التشخيصية :

وهي التي تجرى بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة والتي يتضمنها المرشد الـــسيكياترى (انظر الفصل الثاني) . وتركز هذه المقابلة كما يوحي اسمها علـــى تحديـــد الأعراض المرضية ، بحيث ينتهي الأخصائي منها بصورة دقيقة محـــددة عن أهم الأعراض والاضطرابات لدى الحالة، ومتى ظهرت ، وكيف تطورت... الخ .

ويحتاج إجراء المقابلة التشخيصية إلى ضرورة الحصول على معلومات كافيـــة مـــن المريض تتضمن :

١ - التاريخ السابق للمريض : وكيف تطورت وظهرت أعراضه المرضية ، والمآل الذي قد تشير إليه .
٢ - فحص عمليات التفكير : وقدرة المريض على التعامل بالمفاهيم المجردة ، واستخدام اللغة ، والتذكر القريب أو البعيد ، والقدرة على حل المشكلات المعقدة .... الخ .

٣ - اضطرابات الإدراك : كالهلاوس ، والخداعات البصرية ، والجمود الادراكي
٤ - الانتباه والوعي : أي مدى ما عليه من تشتت ، أو اضطراب في إدراك الزمان أو المكان ، أو قدرته على الانتباه لفترة معينة والتركيز .
٥ - الاستبصار بالمرض ومفهوم المريض عن ذاته : أي قدرة المريض على إدراك الأسباب التي أدت إلى مرضه ، ونظرته إلى نفسه إذا ما كانت واقعية أو مشوهة.
٦ - المظهر والسلوك : تعبيرات الوجه ، الملبس ، أي لوازم حركية أو حسية بارزة ، طريقته في التعبير عن نفسه .

ويحصل الأخصائي على المعلومات السابقة من مصادر مختلفة منها : الملاحظة، واستخدام الأسئلة الموجهة ، والاختبارات والمقاييس الشخصية والعقلية .

وتهتم كتب الطب النفسي بشكل خاص بهذا النوع من المقابلة ، وتفرد له عادة مناقشات مسهبة تشرح بتفصيل أكثر أهم الموضوعات التي يجب أن يتطرق لها القائم بالمقابلة مع عدد من الاختبارات والمقاييس التي يمكن أن تستخدم لتحديد مصادر الاضطراب في النقاط السابقة .

ويشيع استخدام المقابلة التشخيصية بصورة كبيرة بين الأطباء النفسيين العاملين مع المرضى الذهانيين ، لكن فوائدها محدودة لفهم وتقييم العصابيين أو مشكلات الشخصية العادية .

المقابلة التي تجرى بهدف الالتحاق بالمؤسسة أو العلاج :

وتكون عادة قصيرة ، وتهدف إلى تحديد حالة المريض بصفة مبدئيـة وإمكانيـة قـبوله أو الـتحاقه بـالعلاج . ويجب لهذا أن تركز على رغبات المـريض ، ودافعـه للعلاج ، وتوقعاته من العلاج والمؤسسة . كذلك يجب خلالهـا توعـية المـريض بالخـدمات التي تقدمها المؤسسة أو العيادة ومدى ملاءمتها لتوقعات المريض وأهدافه العلاجيـة .

المقابلة التي تجرى بهدف دراسة الحالة أو التاريخ الاجتماعي :

وعـادة ما يقوم بها الأخصائي الاجتماعي ، ولا تركز على تحديد أو تشخيص الأعراض كما هو الحال في المقابلة التشخيصية ، بل تتجه للحصول على معلومات رئيسية عن حياة المريض وظروفه الأسرية ، وعلاقاته بالأسرة والعمل ، وتشجيع المريض على الحديث المفصل عن حياته الطفلية ، والخبرات الـسيئة أو الـناجحـة التي مر بها ، وعلاقاته بوالديه ، وزملائـه ، وحياته العملية ، وهوايته ، وعلاقاته برؤسائه وزملاء العمل أو الدراسـة .

المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه :

مـن الضروري في بعض الحالات أن يقوم الأخصائيون كل في ميدان تخصصه بمقابلة أقرباء المريض وأصدقائه بهدف الحصول على معلومات أدق أو أكثر تفصيلاً عن حياة المريض وسلوكه وتطور أعراضـه .

وبالـرغم مـن أهمية هذا الهدف ، فإن على الأخصائي أن يقوم بهذا العمل بقدر كبير من اللباقة والكياسة وأن يقدر وقع هذه المقابلة على المريض نفسه وما قد تتركه من آثار سيئة على العلاقة بين المريض وأهله ومعالجيه . ولهذا من الأحسن إجراء هذه المقابلة بعد الحصول على موافقة المريض .

ولا تجـرى هذه المقابلة بهدف الوصول إلى معلومات مفيدة في عملية التقيـيم والتـشخيص ، بـل تجرى لأهداف علاجيـة . فمن المهم أن يتعلم الأقرباء أساليب المعاملة الناجحـة من الوجهـة الصحية ، وأن يدركوا أوجه الـضرر الـتي قـد يلحقـوها بالمريض بسبب أساليبهم الخاطئة من التفاعل والاتصال .

أنواع أخـرى من المقابلة :

وهناك فضلاً عن الأنواع السابقة الرئيسية من المقابلة أنواع أخرى من المقابلات: منها مقابلات الفرز Screening أو التشخيص المبدئي وهي ترمي إلى انـتقاء الأفراد الصالحين للقيام بمهنة معينة أو أداء واجب معين وكذلك عـزل الأفـراد غير الصالحين لهذا العمل . وتتضمن مقابلات الفرز تصنيف الأفـراد بحـسب درجات مرضهم النفسي وحالاتهم النفسية ونواحي العجز الفعلي أو التخلف العقلي ، والاضطراب السلوكي .

وهناك المقابلة التي تجرى بهدف التمهيد للعلاج النفسي ، وهي ذات هدف توجيهي لإعداد الحالة لتقبل العلاج النفسي أو الطبي النفسي . ولهذا فعـادة مـا يـتجه محـتوى الحـديث في هذا النوع من المقابلات إلى تعديل الاتجاهـات الخاطئة لدى المريض نحو المعالجين أو الأطباء النفسيين ، وتزيد ثقتـه بالمعالجين ، وتعمل على زيادة دافعـه لقبول العلاج .

المقابلة السلوكية

تشير المقابلة الإرشادية السلوكية في أبسط معانيها إلي موقف مواجهة بين شخصين، أو أكثر، بغرض تحقيق عدد من الأهداف من أهمها:

- الحصول علي معلومات عن العميل، وعن المشكلة التي دفعته لطلب الإرشاد النفسي، والتي يتعذر الحصول عليها من أي مصادر أخري.

- لإقامة علاقة طيبة RAPPORT بالعميل بهدف تيسير عملية التشخيص والعلاج مستقبلا.
- إعطاء العميل صورة مفهومة عن طبيعة المشكلة علاج المشكلة، وتوجيه العميل نحو الحلول الملائمة.

أوجه الضعف والممارسات الخاطئة

- التقليل من فرصة التعرف علي الظروف العامة المحيطة بالعميل، واتجاهاته، واتجاهات الأشخاص المحيطين به في الأسرة أو المدرسة عن المشكلة.
- عدم الاهتمام الشخصي بالمريض قبل غيره
- مسألة الوقت الذي تبدأ فيه الجلسة
- الحجرة أو المكان الذي تتم فيه المقابلة (الإضاءة، الأثاث، موقع الجلوس، المسافة بين الطرفين)
- وضع أحكام متسرعة عن العميل خاصة في البداية
- الإسراف في الحديث
- الاستعجال في تقديم نصيحة
- أخطاء في صياغة الأسئلة، بما في ذلك.
  - توجيه أكثر من سؤال في وقت واحد.
  - الأسئلة المغلقة والأسئلة المفتوحة.

شروط المقابلة الناجحة والفعالة

- المقابلة تساؤل وليس استجوابا
- إثارة المشاعر، وليس قمعها أو تغيير مسارها
- ملاحظة التغيرات الانفعالية والتعامل معها بحذر
- التعاطف
- معالجة فترات الصمت

- معالجة القلق والاستثارة
- الانتباه للجوانب غير اللفظية (التواصل البصري، تعبيرات الوجه، الحركات اللا إرادية ، الإشارات..)
- التعامل مع الحالات الصعبة
- التمهيد للإنهاء.
- إنهاء المقابلة دون إحباط أو آثار سلبية.
- إظهار التفهم، وبعث الأمل في الحل الناجح
- التلخيص والتفسير
- التخطيط للجلسات التشخيصية أو العلاجية المقبلة، بما في ذلك عدد الجلسات والتكاليف المادية إن وجدت، وما هي التوقعات العلاجية.

- تفهم كل الظروف المحيطة بالمريض وبتكون المشكلة، بما في ذلك العوامل التي صاحبت ظهور المشكلة، والعوامل التي تقوي منها، والمتغيرات البيئية السابقة لظهور السلوك الخاطئ، كما سنوضح فيما يلي:

تشخيص وتقييم المشكلة في نقاط

١. التعرف علي المشكلة وصياغتها سلوكيا، ويتضمن ذلك:

- طبيعة المشكلة كما يراها العميل أي بلغته الخاصة ، مثلا: "أفهم أن مدرس الفصل أرسلك إلي بسبب (وضح السبب)،... وأود منك الآن تقول لي ما هي المشكلة من وجهة نظرك؟"
- مدي خطورة المشكلة أو حدتها: "إلي أي مدي تعتبر هذه المشكلة أو القضية خطيرة من وجهة نظرك"، أو " هل يحدث ذلك بكثرة؟" .
- عمومية المشكلة، هل تشكل هذه المشكلة نمطا أم أنها حادثة أو موقف منعزل، مثلا السوال عن استمرارية المشكلة DURATION

"منذ متى يحدث ذلك؟"، أو السؤال عن المواقف والظروف المختلفة التي تظهر بها المشكلة، مثلا " هل يحدث ذلك في المترل أيضا؟ أو مع أصدقائك؟"

٢. الشروط أو الظروف المحيطة بالمشكلة (أي السوابق واللواحق)، بما في ذلك:

- الشروط التي تؤدي إلي زيادة حدة المشكلة، مثلا " أنا عايزك الآن تفكر معايا كويس وتقوللي إمتى بالضبط تزداد هذه المشكلة"، أو " ما لذي كان يحدث عندما بدأت هذه المشكلة، يعني أي تغيرات أو أشياء هامة في الأسرة أو في علاقاتك؟"،
- مصادر المشكلة أو الأسباب،مثلا: " تفتكر في حدود علمك، إيه الأسباب التي تؤدي إلي حدوث هذه المشكلة كما تراها ؟".
- الشروط التي تسبق المشكلة، مثلا " عايزك ترجع معي بذاكرتك إلي آخر مرة حدث فيها ذلك.. ما الذي كان يجري عندئذ؟" أو " ما الذي كان يدور في تفكيرك ساعتها؟".

٣. الشروط أو النتائج اللاحقة، مثلا:

- نتائج اجتماعية، وذلك من خلال استخدام أسئلة مثل: " ما الذي حدث عندما تم ذلك؟" " يعني كيف استجاب الطلاب في داخل الفصل؟" أو "في المترل كيف يستجيب أفراد الأسرة عندما يحدث منك ذلك السلوك)؟".
- نتائج شخصية، "ماذا تشعر شخصيا عندما يحدث هذا؟" أو " وده بيخليك تشعر بإيه؟"
- التعديلات أو العلاجات المقترحة، مثلا " من المؤكد أنك فكرت في الموضوع كتير- تفتكر إيه المفروض يتعمل في مثل هذه الظروف؟".

وهناك أخيراً المقابلة التي تجرى مع الحالة قبل تطبيق الاختبارات والمقاييس النفسية . وهي فيما يرى جونسون (Johnson, 1981, p.87) تهدف إلى إعطاء الأخصائي النفسي معلومات تساعده على اختيار بطارية الاختبارات التي سيستخدمها . فإذا لاحظ الأخصائي خلال هذه المقابلة أن أعراض المريض ومشكلاته قد تكون نتيجة لتدخل بعض العوامل العضوية ، فإنه سيتجه إلى اختبار مقاييس تساعده على التمييز بين الاضطرابات ذات المصدر العضوي كاختبار بندر جشتالت مثلاً . وإذا لاحظ أن المشكلات قد تكون ذات مصدر متعلق بالدراسة أو التحصيل الدراسي فقد يرى ضرورة استخدام مقياس لتحديد نسبة الذكاء لتقييم دور التخلف العقلي في المشكلة التي يواجهها المريض . وتساعد هذه المقابلة فضلاً عن دورها في اختيار بطارية الاختبارات تساعد على حسن التعامل مع المريض خلال إجراء الاختبارات لما يحصل عليه الأخصائي من معلومات خاصة بدوافع مريضه أو مخاوفه من موقف التطبيق ، فيعمل على تلافي ا لمشكلات ومعالجة الشكوك التي قد تتملك مريضه من جراء أفكاره الخاطئة أو مخاوفه من الاختبارات المستخدمة .

مراحل المقابلة والإعداد لها :

من الأفضل النظر إلى المقابلة بصفتها عملية اتصال ، وكأي عملية اتصال تتكون من بداية ووسط وخاتمة . ولكي يكون الاتصال ناجحاً وموجهاً نحو تحقيق الأهداف المطلوبة منه يجب أن تتوافر في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث شـــروط نجملها في السطور الآتيــة :

البدايــة :

يعرف الأخصائي المتمرس أن المقابلة تبدأ ببدء تحديد الموعد بينه وبين الحالــة . ويمكـــن له أن يعرف كثيراً من المعلومات عن الشخص من خلال الاتــصال المبدئــي بالهاتــف، أو مـــن خـــلال مـــا يكتـــبه عامل (عاملة) الاســـــتقبال . ولهذا يجب تدريب القائمين بعمليات الاستقبال المبدئي على ملاحظــة سلوك المريض في غرفة الانتظار . وأن يقوموا بتسجيل ملاحظاتهم بحيث تعطي صورة عن كيفية وصف المريض للمقابلة القادمة ، وكيف يتعامل

مع موظفي العيادة أو المستشفي ، أو كيف يتصرف نحو أقاربه المصاحبين له ، فضلاً عن مظهره وطريقة ملبسه . ولاشك أن مثل هذه المعلومات تكون ذات فائدة جيدة للأخصائي أو الطبيب بسبب الاستبصارات والانطباعات التي يمكن أن يتوقعها عن مريضه مما يهيئ جو المقابلة منذ البداية للنجاح .

وتعتبر المناقشات التي يجريها الأخصائي أو الشخص القائم بالمقابلة مع القائمين بإحالة المريض للفحص ذات فائدة جمة بسبب ما تتيحه من فرصة لمعرفة الظروف العامة المحيطة بالمريض ، واتجاهاته . ولذلك يفضل المتمرسون وخبراء المقابلة أن يسجلوا أي معلومات مهما كانت ضآلتها تسجيلاً دقيقاً يساعدهم على بلورة بعض الفروض الأساسية عن المريض ، وبعض التوقعات عن سلوكه .

ويرى جونسون (Johnson, 1981) أن الملاحظات الأولى لسلوك المريض من قبل الأخصائي نفسه تشكل عملية رئيسية في بناء بداية المقابلة . ولهذا ينصح بأن تبدأ عملية الملاحظة ببداية أول احتكاك بصري بالمريض . ومن المهم بهذا الصدد أن نلاحظ : كيف يجلس المريض ؟ وكيف يستجيب لتحية الأخصائي ؟ وهل يبادل النظر أم يتجنب ذلك ؟ ومن المهم أيضاً أن نلاحظ تعبيرات وجهه ، ونبرات صوته وحدته أو انخفاضه ، ومدى اهتمامه بملبسه أو عنايته بمظهره وحديثه .

ويحذر العلماء في هذه المرحلة من تجاهل المريض والاهتمام بالمصاحبين له في بداية المقابلة . لهذا من الأفضل أن يقوم المعالج بتحية المريض قبل الآخرين ، وأن تطلب منه (أي من المريض) أن يقوم بتقديم أقاربه حتى وإن كان قد سبق لنا لقاؤهم أو الحديث معهم من قبل . ويحسن أن نشير هنا إلى أن الممارس الإكلينيكي الجيد هو الذي يضع مصلحة مريضه في الاعتبار الأول ، والممارس الجيد هو الذي لا يخاطر بعزل المريض أو اغترابه –

خاصة وإن كان من النوع غير المتعاون - بالتعاطف مع أفراد أسرته ، أو إعطائه الانطبـاع بأنه - أي الأخصائي - متحالف مع الأسرة بصورة تسـاعد على مزيد من اغتراب المريض وعزلتـه وعدائـه .

ويجب أن تبدأ المقابلة في الوقت المحـدد لها لا قبل ولا بعد .. فالقيام بالمقابلة قبل الموعد المحدد لها قد يفسره بعض المرضى بأنه مبالغة في الاهتمام وقد يشكون بالتالي في دوافعك نحوهـم . أما إذا بدأت المقابلة في وقت متأخر كثيراً عن موعدها فقد يدركها البعض على أنها علامـة على الفتور أو النفور منهم . ولهذا فمن الأحسن التنبه لهذه الدوافع لأنها قد تؤثر في مسار المقابلة بعد ذلك .

ويلفت كورشـين (Korchin, 1976) الانتبـاه إلى الحجرة التي يتم بها اللقاء الأول . ويؤكد أن كل ما نحتاجه بهذا الصدد هو حجرة هادئة ، مريحـة وتخلو من المشتتات . والأثاث فيها يجب أن يكون مريحاً ويساعد على الاسترخاء دون أن يكون بالضرورة وثيراً جداً أو مثيراً ، أو غالياً ، ومن الأفضل أن يكون كرسي المريض والأخصائي متقاربين في الطول ومن نفس الطراز ، وأن لا يكونا متقاربين تقارباً شديداً حتى لا يحدث خرق للمكان الشخصي ، ولا أن يكونا متباعدين كثيراً بشكل يعطل الاتصال والاستماع الجيد .

ونظراً لأن جو الحجرة أو العيادة قد يكون بالنسبة للمريض جديداً أو مفاجئاً ، فإنه يجب الحذر من وضع استنتاجات ضخمة عن سلوك المريض في مثل هذه المواقف ، خاصة وأن كثيراً من الناس قد يستجيبون بالقلق والتوتر في مثل هذه الظروف .

ويحسن إذا كان المريض مصحوباً بعائلته أو أصدقائه أن تطلب لقاء المريض أولاً قبل أن تلتقي بأحد من أهله ، ولو أن من الأفضل أن يكون هذا اللقاء قصيراً إذا كان المريض من النوع الذي يعزف عن التعاون والحوار .

وفي كل الأحوال فإن رؤيـة المريض قبل مصاحبيه يدل على احترام المريض ويمنحه ثقة بنفسه ، قد يكون في حاجة شديدة إليها في بداية المقابلة .

وتجاهل الأسرة والمصاحبين أمر ينصح به ، فهو فضلاً عما يعطيـه من انطباع عدم الكياسـة واللباقة ، قد يحرم الأخصائي من كثير من المعلومات الإضافية الهامة . لهذا فإن الالتقاء بأسرة المريض ومرافقيه بعد الجلسة التمهيدية مع المريض يعتبر ممارسة إكلينيكية جيدة ينصح بها كثير من العلماء .

ومن الأفضل أن يتم هذا اللقاء في حضور المريض بسبب المعلومات الكثيرة التي يمكن أن يجنيها الممارس من خلال ملاحظاته لأنماط التفاعل التي تتم بين المريض وأهله . وقد تطلب الأسرة ، أو بعض أفرادها الانفراد بالممارس في لقاء خاص ، ولا يوجد ما يمنع من هذا خاصة وأن كثيراً من أفراد الأسرة وأقارب المريض يحسون بضرورة تبادل بعض المعلومات الضرورية التي لا يرغبون في أن يستمع لها المريض .

الجـزء الأوسـط مـن المقـابلـة :

يتوقع الكثير من المرضى بعض التوجيه من الأخصائي القائم بالمقابلة في بداية اللقاء . وهذا شيء طبيعي ومقبول خاصة وأن المريض يكون غارقـاً في مشكلاته لدرجة قد تعوقه عن اختيار نقطة البداية في شرح مشكلاته .

ومن الأفضل أن يقوم الممارس بفتح باب الحوار أمام المريض لكي يسترسـل في شرح ظروفه ومتاعبة ، وذلك بسؤال المريض عما جعله يفكر في الحضور ، أو عن السبب المباشر لإحضاره للمستشفي أو العيادة . وينصح بعض الأخصائيين أن يبدأ الممارس بإعطاء المريض فكرة مختصرة عن رأي الشخص الذي حول الحالة للعلاج بعبارات مختصرة وقصيرة ودالة لكنها تكفي لفتح باب المناقشة وإعطاء المريض فكرة عن أنك تعرف عنه بعض الشيء ، وانك مهتم به بشكل جعلك تتصل بالأخصائيين السابقين للحصول على هذه المعلومات . ومن ثم قد يجد المريض نقطـة بداية طيبة يستطيع أن يوضح من خلالها بعض مشاكله الأساسية، ومن المهم بعد ذلك أن تترك

الحوار يسير بشكله الطبيعي الذي يسمح بتفاعل جيد وبمعلومات أفضل .
ويرتكب الممارس خطأً فاحشاً إذا أصر على وضع قيود في مسار المقابلة في هذه المرحلة، أو إذا أصر على توجيه المقابلة وفق نقاط محدّدة البناء في ذهنـــــه .

الأخطاء الشائعة في المراحل الوسطى من المقابلة :

توحي البحوث (Johnson, 1981; Phares, 1972) أن الأخطاء التي يرتكبها الممارس في هذه المرحلة من اللقاء تمتد لتشمل كثيراً من الجوانب منها :

* **الإسـراف في الحديث وكثرة الكلام :**

فالممارس الجيد هو من يقل في كلامه ويختصر من أسئلته ولا يكثر من مقاطعة مريضـــه .

* **خطأ محاولة العلاج أو تقديم المساعدة :**

المقابلـــة الأولى ليست للعلاج النفسي بل لغرض الفهم المتعمق للمريض . فلهذا يحسن بالممارس الجيد أن يكثر من الإصغاء والاهتمام بالمعلومات التي يحصل عليها وليس بالاندفاع نحو تقديم النصائح العلاجية . ويرى جونسون (Johnson, 1981, P. 100) بحق أن المقابلة الأولى هي من أسوأ الأوقات التي يمكن أن نقدم خلالها النصح أو العلاج ، مهما كانت ثقتك بصحة استنتاجاتك عن أسـباب ومصادر الاضطراب في حياة المريض . إن توقع الكثير في وقت قصير يؤدى عادة إلى نتائج وخيمـــة وضـــارة بتكامل المريض وصحته .

* **خطأ إعطاء أكثر من سؤال في وقت واحد :**

يجنح الأخصائيون المبتدئون بسبب ما يتملكهم من إحساس بالقلق إلى سؤال المريض عن بعض الظروف المحيطة به كالأسرة ، ولكنه ما إن ينتهي من سؤاله حتى يحاول أن يضيف له أسئلة أخرى كمحاولة منه لتوضيح السؤال ، مثلاً : قل لي شيئاً عن أسرتك ؟ مثـــلاً ، كيـــف تشعر نحو حياتك الزوجية ؟ هل تتعارك مع زوجتك كثيراً ؟ .

الأخصائي هنا في واقع الأمر قد ألقى ثلاثة أسـئلة في نفس واحد ، والخطأ في هذا أنه قد لا يستطيع تفسير الإجابات التي تأتيـه من المريض . فضلاً عن أنه يربك المريض بإعطائه كثيراً من الأسئلة . ولهذا يجب أن يدرب الممارس نفسه على إلقاء سؤال واحد والالتزام بالصمت والإصغاء قبل أن يدفعـه القلق لأن يلحق بسـؤاله أسئلة توضيحية أخرى لا تودى إلا إلى الإرباك.

* **خطأ توجيـه أسـئلة مغلقـة :**

يعرف الاكلينيكيون المتمرسون بالعـلاج وإجـراء المقابلات أن الأسئلة المفتوحة التي تثير النقاش وتسـاعد على تبادل الحوار والاتصال أفضل من الأسئلة التي يجاب عنها بنعم أو لا . فالسـؤال : ما هي الأشياء التي تذكرها عن فترة المراهقة ؟ أفضل من السؤال هل كانت مرحلة المراهقة لديك مرحلة صعبة ؟ وبالمثل فإن السؤال : هل تحبين زوجك ؟ أسوأ بكثير من أن تسأل : أريد أن أعرف رأيك في حياتك الزوجية ؟ .

* **توطيد العلاقـة Rapport بين الأخصـائي والحالـة :**

كلما كانت العلاقة بين الطرفين علاقة مريحـة ولها غرض ، كلما كان بالإمكان أن تتحول إلى علاقـة طيبـة . وفي الموقف الإكلينيكي يمكن الممارس أن يحقق هذين الشرطين بإظهار كثير من الاهتمام والتعاطف ، والفهم . ولهذا يوضح الأخصائيون في العلاج النفسي بحق أن ما يساعد على النجاح في العلاج النفسي وتوطيد العلاقة بين المريض والأخصائي لا يرتبط بالمنطلق النظري أو الانتماء المدرسي الأكاديمي للمعالـج بقدر ما يكمن في صفات من أهمها : التعاطف **Empathy** ، والدفء دون استحواذ **Nonpossessive warmth** ، والصدق الخالي من الزيف . **(Truax and Carkhuff, 1976)**

التساؤل :

توجيه الأسئلة وإجراء مقابلة إكلينيكية ليسا باستجواب . ويرتكب الأخصائيون خطأ فادحاً إذا تحولت الجلسات إلى استجوابات بدلاً من أن تتجه إلى التساؤل الذي يساعد المريض على الثقة وفتح نفسه والتلقائية لهذا يحسن أن تبعد الأسئلة عن التصنع وأن يبتعد الأخصائي عن القلق القهري بتوجيه مجموعة من الأسئلة . من الأفضل أن تكون الأسئلة مشتقة من عبارات المريض . مثلاً : سبق أن قلت بأن علاقتك برئيسك بدأت في الفترة الأخيرة تسوء ، وضح لي ما يجعلك تستنتج ذلك ؟ أو " أعطني أمثلة لما يجعلك تعتقد أن الناس لا يوثق فيهم ؟ " هذا النوع الأخير من الأسئلة يسمح بتبادل الحوار ، ويجنبنا من الظهور بمظهر الراغبين في الاستجوابات أو الحصول على المعلومات لمجرد المعلومات .

والتساؤل الجيد يعين الممارس والمريض كليهما على توضيح المصطلحات الغامضة التي قد يأتي بها المريض للعيادة . وقد لاحظت أن مجرد توضيح بعض المصطلحات الغامضة في أذهان المرضى قد تكون له فوائد علاجية وتربوية هامة فمثلاً يجيء الكثيرون وتكون شكواهم : إنني انطوائي . إن مجرد التساؤل عما يجعل الشخص يشعر بأنه انطوائي ؟ أو ما الذي يزعجه من ذلك ؟ قد يبين في النهاية أن المشكلة ليست انطواء بقدر ما هي شعور بالقلق ، أو أنها خطأ في تقبل النفس أكثر من كونها ميول نحو العزلة ... الخ . ومن المهم أن تكون محاولات الأخصائي للكشف عن التناقض في تفكير المريض من خلال التساؤل موجهة نحو الرغبة في إعانته دون رغبة في إظهار القدرة على الجدل ، وتجهيل الآخرين والحكم على تصرفاتهم بالتناقض .

وتزداد أهمية هذه المهارة في حالات المرضى العقليين من النوع الذي يسرف في التداعي والتطاير في الأفكار والانتقال من موضوع إلى موضوع دون توقف ، من الأفضل إيقاف المريض عن التطاير بأسئلة تساعدك على

الحصول على معلومات أفضل ، كما تساعد المريض على التقاط أنفاسه والتوقف عن الكلام دون الشعور بالحرج الذي قد يكون الدافع له في الاستمرار في مواصلة الحديث . وينصح جونسون (Johnson, 1981, P.101) باستخدام ما يسمى بفنية إعادة التساؤل عن نقطة مرجعية مثلاً : " أرجو أن ترجع إلى ما سبق لك قوله عن موضوع المشادة التي حدثت مع أبيك وبين لي ما السبب فيها ؟ وكيف عالجت الموقف " أو " أنني لا أستطع أن أتابع ما تقوله بهذا الشأن " ؟ وضح لي أكثر ".

ملاحظة التغيرات :

إن التغيرات التي تطرأ على سياق حديث المريض أو على سلوكه وهو يروى لك قصته تكون شديدة الأهمية والدلالة من حيث فهمنا لمصادر الصراع ومواقف الحرج ، والحزن ، والضيق ... الخ . ولهذا فإن التساؤل فيما بعد عن الموضوعات التي صوحبت بالتغير في سلوك المريض أمر هام خاصة في المقابلات التشخيصية بسبب ما تعطيه من معلومات قيمة عن المشكلات التي يعاني منها ومصادرها .

إثارة المشاعر :

عادة ما يتجه المعالجون المدربون من أمثال كارل روجرز إلى إثارة مشاعر مرضاهم إزاء الحوادث التي يحكونها وليس قمعها أو تغيير المسار الانفعالي بها وذلك باستخدام عبارات مقصودة مثل : " من الواضح أنك تشعر بالحزن لهذا وتود أن تبكي ، يبدو أن ذلك جعلك تشعر بأن العالم مليء بالتناقضات واللامنطق " ، والممارس غير المدرب والشديد القلق هو الذي يخشى من أن يثير مشاعر مريضه فيتجه نتيجة لقلقه أو خوفه إلى تغيير الموضوع فوراً .

معالجة الهلاوس والهواجس :

يشعر الأخصائيون المبتدءون بالارتباك والعجز عن التصرف عندما يواجههم المريض بأفكار وهواجس يعرف الأخصائي أنها خاطئة . فهل يوضح

الأخصائي لمريضه أن معتقداته خاطئة أم يتجاهلها ؟ والقاعدة الذهبية في مثل هذه الأحوال أن تتجنب الحكم بالصحة والخطأ على ما يقول المريض وأن تتجه إلى الحصول على كثير من المعلومات لكي تشجع على التواصل والحوار . ولذلك فمن الأفضل أن يدرب الأخصائي نفسه على توجيه أسئلة مفيدة للحوار مثل :

*" ما الذي يجعلك تظن أن المخابرات تلاحقك ولا تلاحق الآخرين ؟ " .
*" ما الذي يجعلك متأكداً إلى هذا الحد من أن زوجتك تخونك مع شخص آخر؟ "

وبالمثل عندما يعبر لك المريض عن هلاوس حسية : بصرية أو سمعية ويسألك " هل تسمع الأرواح ؟ إنها تحادثني ؟ لا تجب بنعم أو لا بل قل بدلاً من ذلك " إنني لا أسمع ولا أرى ما تقول ولكن صف لي ما ترى وما تسمع بالتفصيل.

التعاطف Empathy :

التعاطف يختلف عن العطف والشفقة . وهو نوع من المشاركة الوجدانية الضرورية لنجاح العلاقة الإكلينيكية ويتضمن التفهم وليس بالضرورة الموافقة على ما يقوله المريض . والتعاطف يجب أن يعكس شعور بالتقدير الدقيق من قبل المعالج للمشاعر التي تتملك المريض محاولاً معايشتها من وجهة نظر المريض ، ولكن لا يجب أن تفسر هذه المشاعر بنفس التفسير الذي يتبناه المريض بالضرورة . وتزداد أهمية هذا العنصر في حالات انحراف الشخصية والإدمان والسلوك المضاد للمجتمع ، فالكثير من المدمنين أو البغايا يأتي بشكاوى من الأب أو من المجتمع وفي مثل هذه الأحوال فإن الإكلينيكي المدرب تدريباً جيداً يجب أن يفهم مشاعر مريضه ، ويقدرها ، ولكن لا يوافق بالضرورة على تفسيراتهم لسلوك الأب أو الأسرة، لأن الموافقة على تفسيراتهم في مثل هذه الأحوال قد تعطي المريض تبريراً لاستمراره في السلوك المنحرف .

معالجة فترات الصمت :

عادة ما يكون شعور المريض بالقلق في موقف الصمت أشد من شعور الأخصائي ، ولهذا فهو قد يقطع الصمت باستئناف المحادثة . ويحدث أن يعتقد الأخصائي خطأً أن صمت المريض معناه أنه قد انتهي من الموضوع ولهذا فهو يقفز إلى إلقاء أسئلة أخرى .

وهذا قد يحرم الموقف من التفاعل ، ويحرم الأخصائي من كثير من المعلومات الانفعالية والعقلية عن مريضه . وكما أوضحنا من قبل ، فإن الممارس الناجح هو الذي يدرب نفسه على حسن الإصغاء ، وتحمل الصمت ، وتجنب القفز إلى كسر الصمت بأسئلة تشتت انتباه المريض عن الموضوع الرئيسي خاصة وأن صمته قد لا يكون أكثر من محاولة جاهدة منه لتجميع خيوط أفكاره الرئيسية .

لكن في المواقف التي يكون فيها صمت المريض علامة على الانسحاب والإغراق في الذات وأحلام اليقظة ، فإن من الضروري أن يقوم المعالج بمعالجة الموقف بأسئلة من هذا النوع : " أراك ساكناً بعد أن أخذت بالتحدث عن موضوع ... (كذا) " أو " أراك تلتزم الصمت ، هل هناك ما يضايقك في إثارة هذه النقطة ؟ " .

وفي بعض هذه الحالات الذهانية أو الاكتئابية قد يستمر المريض في الالتزام بالصمت والإصرار على السكون وهنا لا يجب الإصرار من قبل المعالج على الحوار بل من الأفضل أن ينهي المقابلة لكي يستأنفها في وقت آخر .

معالجة فترات القلق وعدم الاستقرار :

تكون فترات القلق المفاجئة وكثرة الحركة علامة على الرغبة في إرضاء حاجة فسيولوجية كرغبة الشرب أو الذهاب إلى الحمام في المرحلة الوسطى من المقابلة . ولاشك أن الاستجابة بالسماح للمريض بإرضاء هذه الحاجة يساعد على استئناف المقابلة في جو أكثر فائدة . ولكن بعض المرضى يتجه إلى ذلك من باب الهروب ومحاولة التلاعب بالموقف . ولهذا فمن

المقبول في مثل هذه الأحوال أن تطلب منه " تأجيل ذلك قليلاً لأن المقابلة على وشك الانتهاء " . لكن إذا كان من الواضح أن مظاهر كثرة الحركة والتململ قد زادت بشكل لا يساعد على استمرار المقابلة ، فمن الأفضل عدم الاستمرار فيها ، وعدم الإصرار على أن لا يغادر المريض الحجرة أو محاولة منعه من ذلك بالقوة.

الانتباه للسلوك اللفظي :

يتفق الباحثون على أن الانتباه للسلوك اللفظي للمريض يساعد على منح موقف المقابلة كثيراً من النقاط الإيجابية ويجعل منها وسيلة ذات نتائج إيجابية للغاية. ولهذا فمن الأفضل أن تنتبه لنبرة الصوت ، وتلاحق الكلمات والتمتمات ، واضطرابات التفكير، إلخ لما فيها من معلومات إكلينيكية هامة .

وتوضح بحوث العلماء نتائج هامة فيما يتعلق بهذه النقطة فمثلاً هناك ما يدل على أن المقابلات الشخصية عندما تتطرق لموضوعات تثير قلق المريض فإن طريقة كلام المريض ونمط حديثه يتغير عن السابق (Pope and Siegman, 1965) وقد اكتشف آخرون (Talland and Clark, 1954) أن أفضل مرحلة لمناقشة مشكلات المريض العميقة بطريقة مفيدة ومتعاطفة هي المرحلة التي تصاحب ظهور جوانب من السلوك اللفظي الدال على القلق والصراع .

الانتباه للجوانب غير اللفظية :

وذلك مثل الاحتكاك البصري وتعبيرات الوجه ، واللازمات الحسية أو الحركية ، والحركات اللا إرادية ، والإشارات باليد أو فرك اليدين والقدمين ... الخ . هذه كلها أشياء يجب الانتباه إليها لأنها تكشف عما عليه المريض من قلق أو رغبة في التسلط أو اكتئاب ، فضلاً عن أن ملاحظة وقت ظهور هذه اللوازم يعطى الممارس معلومات هامة عن المناطق أو الموضوعات الانفعالية في حياة المريض .

والممارس الجيد لا يلاحظ هذه الأشياء فحسب ، بل ومن الممكن أن يثيرها مع المريض بعبارات مثل " لاحظت أنك بدأت تفرك بقدميك أو تتنهد عندما تطرق الحديث لهذه العلاقة " الماضـــية " ، أو " لمـــاذا بدت تعبيرات وجهك تتغير عندما أخذت في الحديث عن رئيسك في العمل ؟ " .

وتساعد إثارة هذه الموضوعات مع المريض على توجيه اهتمامه لبعض الموضوعات الهامة في حياته ، أو تساعد على استيضاح بعض الاستجابات الانفعالية الهامة لمثل هذه المواقف التي ارتبطت بظهـور هذه الجوانب السلوكية غير اللفظيـة .

إنهاء المقابلة أو الجزء الختامي منها : من أصعب المشكلات التي تواجه الممارسين هي البحث عن طريقة ملائمة لإنهاء المقابلة ، ومن الضروري أن نشير إلى أن هناك ممهدات عامة لإنهاء المقابلة إذا ما ألم بها الأخصائي الممارس فقد يستطيع تجنب كثير من المشكلات الخاصة بإنهاء المقابلة .

فمن ناحية يجب أن لا تنتهي المقابلة إلا بعد أن يكون الممارس قد نجح في بعث قدر كبير من الطمأنينـة والراحة لدى المريض . فمن المعروف أن موقف المقابلة عادة ما يكون لدى كثير من المرضى موقفاً مشحوناً بالانفعالات بسبب الموضوعات الحساسة والمشكلات التي أثيرت فيها ، والذكريات المؤلمة التي خطاها المريض ، فضلاً عن بعض الأسرار التي قد يجرأ المريض على قولها لأول مرة في حياته . في مثل هذه الظروف يجب دائماً أن تنتهي المقابلة والمريض يشعر بالراحة والثقة والأمل الإيجابي في نجاح العلاقة . وينصـح البعـــض (Korchin, 1977, P. 180) أن يزداد إظهار التعاطف والمشاركة الوجدانية من قبل المعالج نحو مريضـه في هـذه المرحلـة وذلك بعبـارات تبين تفهـم المعالج لما حدث من صـعوبات خلال الجلسـة وما

أثير فيها من ذكريات حزينـة أو مهددة نفسياً وربما يقترح عليه الراحة في المنزل لبقيـة اليوم .

ومن ناحـية أخرى : يجب أن يشارك الممارس ما استطاع أن يكونه من أفكار أو تفسيرات عن مصادر المشكلات في حياة المريض وحاجاته وقيمـه مع مريضه في ختام الجلسة . ومن المتوقع أن يسأل المريض معالجـة عن رأيه في مشكلاته ، ومدى إيمانه بنجاح العلاج ، وتنبؤاتـه بشأن مستقبل مريضـه . ومثل هذه التساؤلات عادة ما تأتي من المرضى نتيجـة لتصورهم أن تكون العلاقة بالمعالج كالعلاقة بالطـبيب بعد الفحص الطبي . وهنا يجب على الإكلينيكي أن يتجنب هذه الدور وأن يوضح للمريض وببسـاطة الفرق ما بين العلاج النفسي والعلاج الطـبي محاولاً في نفس الوقت أن يلخص رأيه في المشكلة ولكن بصورة لا تعطى الانطبـاع بأن هذا التلخيص والتفسير صادق تماماً . ومن الأفضل أن يكون التلخيص الذي يعطيـه من واقع عبارات المريض التي قيلت خلال المقابلة ، وأن يكون التلخيص مصحوباً ببعض التوصيات الضروريـة الواقعيـة .

ومن ناحية ثالثـة : يجب أن تنتهي المقابلة بالتخطيط للجلسات القادمة وخطة العلاج أو المقابلات المستقبلة . ومن الأفضل أن يعطى الممارس هنا أكبر قدر ممكن من المعلومات عن طبيعة اللقاءات القادمـة وضرورتها وما الذي سيتم فيها ، والتوقعات المطلوبة من المريض ، فضلاً عن تقديره للتكاليف المادية الضرورية لإتمام اللقاءات .

وبعد مغادرة المريض ، على الممارس أن يمنح نفسه بعض الوقت لتسجيل ملاحظاته الرئيسية عن الجلسة ، وما يتذكره منها من انطباعات سواء كتابة أو تسجيلاً صوتياً بالاستعانة بأجهزة التسجيل . ويرى البعض أن هذه المرحلة ضرورية لأنها تحرر الممارس من ضغط الموقف المباشر للمقابلة وتجعله أكثر حياداً وأكثر إدراكاً لما كان يدور خلال المقابلة بشكل أعمق وأكثر تجريداً .

معالجة المشكلات التي تثيرها بعض الفئات الخاصة :

يحتاج الكثير من الأخصائيين النفسيين ، سواء الحديث منهم أو المتمرس إلى بعض الاقتراحات التي تعينهم على التعامل مع بعض المشكلات الخاصة ، كالاكتئاب والفصام ، والميل للتحكم والتسلط ، والإغراء الجنسي . ولدراسة ما يقدم من اقتراحات إزاء كل مشكلة منها يجب الحديث عن كل منها بشكل مستقل.

ففي حالة شكوى المريض من الاكتئاب ، لابد من أن نسأله عن مقصده من هذا المصطلح وأن نحدد الجوانب البيولوجية المرتبطة به كفقدان الشهية وصعوبات النوم وفقدان الطاقة على الحركة والنشاط ، وكيفية الترفيه عن النفس . وكقاعدة عامه يجب أن لا نقبل شكوى المريض من أنه مكتئب على أنها شكوى دالة بشكل نهائي على الاكتئاب . ومن المشكلات التي يثيرها المكتئبون الصمت والعزوف عن الاتصال ، والعجز ، والاعتماد السلبي على أحد الأفراد ، فضلاً عن مشاعر اليأس بشكل يدفع المريض إلى تجنب الحديث عن مشكلاته " لأنه لا فائدة ترجى " ولتحقيق أكبر قدر من النجاح في التعامل مع المرضى المكتئبين يجب أن :

١ – لا نتحدى اكتئاب المريض أو أن لا نحكم عليه بالخطأ والمرض بل علينا أن نعبر عن اهتمامنا بما يقوله المريض دون أن يبدو منا ما يدل على الموافقة أو الرفض .

٢ – الأسلوب المهني والتشجيع والدعم المعنوي للمريض حتى يتخلى عن صمته ويتجاوز مرحلة اليأس والانغلاق إلى مرحلة يكشف فيها عن نفسه ، ويظهر فيها ثقته بالأخصائي النفسي (والعالم) .

٣ – بعد حديث المريض عن مشكلاته الاكتئابية من الأفضل التساؤل عن حياته قبل الإصابة بالمرض ، ومظاهر التوافق السابقة ، بسبب ما تعطينا من واقعية في إدراك جوانب السلوك التي تحمى المريض من الاكتئاب .

٤ – من المهم أيضاً التساؤل بصورة حكيمة عن مشاعر الانتحار واحتمالات وجود أفكار من هذا النوع لدى المريض . ويمكن في هذه الحالة اللجوء إلى فنيات إثارة المشاعر التي سبق الحديث عنها وذلك باستخدام عبارات مثل : " هل حدث أن فكرت في أن تؤذي نفسك ؟ " .

٥ – ويوصي بعض المعالجين (Frances and Rosenblum, 1986) أنه من الضروري عند التعامل مع حالات الاكتئاب المصحوب بالميول الانتحارية أن يقيم الأخصائي بدءً من الجلسة الأولى أو الثانية علاقة دافئة بمريضه ، وأن يخفف لديهم من حدة الميول الانتحارية بالمناقشة العقلية وبالتدعيم للجوانب الدالة على التفاعل الإيجابي والانتماء . ومن المفيد أن يتخذ المعالج أسلوبا يتسم بالمرح والفكاهة خلال المقابلة ، ولكن على أن لا يفسر هذا المرح بأنه تقليل من مشكلات المريض أو تهوين من حدة آلامه . (Frances & Rosenblum, 1986) .

أما بالنسبة للفصاميين وما يصدر عنهم من جوانب غريبة من السلوك ، والتفكير والتواصل اللغوي فيجب أيضاً أن نتجنب إعطائهم الانطباع بأننا نفهم أو نتفق مع منطقهم في الحياة . كما لا يجب أن نتعامل معهم بصفتهم مجموعة من المرضى العقليين الذين يتبنون أفكاراً خاطئة عن الحياة . ولهذا فإن التساؤل الجيد الذي يفتح باب المناقشة والحوار معهم هو القاعدة الأفضل دائماً . ولكن المناقشة لا تعني الجدل والإسراف في إظهار جوانب الخطأ واللامنطقية في الفكر والتصرف لأن كثيراً من المرضى الهجاسيين (البارانويا) قد يتحولون إلى الغضب والانفعال دون داعي . ومن المشكلات التي يعاني منها الذهانيون : الهلاوس ، والهواجس وقد سبق وأن عرضنا ما يجب فعله عند التعامل مع مثل هذه الفئات . وقد رأينا أن خير قاعدة هنا هي أن لا تظهر موافقتك إذا ما سألك أحدهم عما إذا كنت ترى أو تسمع الأشياء التي يهلوسون بها ، بل أن تنفي ذلك وأن تتجه إلى

مزيد من المعلومات عن هذا الموضوع . وفي حالة التزام المريض الفصامي بالصمت المطبق ، ناده باسمه بصوت مسموع وحاول أن تدمجه في مناقشة هادئة في موضوع هادئ انفعالياً. ومن الأفضل أن تعطى الفصامي وقتاً طويلاً للتفكير بسبب بطء عمليات الفهم والاستيعاب لدى بعضهم .

ويحتاج التعامل مع المرضى التحكميين من النوع الذي يميل للتلاعب ، والسيطرة على الأخصائي غير المتمرس باستخدام التهجم اللفظي ، أو الإغراء الجنسي أو إظهار الغضب نحتاج إلى الاهتداء ببعض القواعد التي فيها :

١ – الاحتفاظ بمظهر هادئ والاستمرار في الاتجاه المهني بإعادة شرح هدف المقابلة للمريض ، والتعليق على سلوك المريض وتصرفاته بطريقة ملائمة .

٢ – في حالة اتجاه المريض إلى استمالتك إلى جانبه في بعض المشكلات يحسن أن تبين أنك لا تهتم بهذه المشكلات بقدر ما تهتم بشعوره هو نحوها .

٣ – البعد عن التفسيرات المهددة أو المثيرة للعدوان فبدلاً من أن تقول " أنك تخشى مواجهة مشكلاتك وهذا جبن وتجنب " من الأفضل أن تقول " يبدو أنك تشعر بأنك وحيد ولا أحد يعاونك في حل هذه المشكلة " .

٤ – يجنح كثير من المرضى التحكميين إلى لوم الآخرين وتصورهم بأنهم السبب في مشكلاتهم وما حلّ بهم . وفي مثل هذه الأحوال يجب على الممارس أن لا يتزلق في هذا الفخ بأن يتفق معهم في لوم الآخرين ، لأن هذا قد يرضى المريض في الجلسة ، ولكن من المؤكد أنه لن يدفعه إلى القيام بتغييرات إيجابية في حياته ، ومواجهة مسئولياته .

٥ - يجنح بعض المرضى إلى الإغراء الجنسي كوسيلة دفاعية تساعدهم على الهروب من الحديث عن المشكلات العميقة ، أو كطريقة اعتادوا عليها في تصرفاتهم مع الآخرين . ومهما كان دافع الإغراء الجنسي فإنه لا يجب تشجيعه ، لأن نتائجه سيئة فيما يتعلق بالمريض . وليس من اللائق مهنياً أو أخلاقيا أن تستغل شخصاً في محنة انفعالية أو عقلية جاءك بحثاً عن العون والمساعدة فضلاً عن أنه يقلل من قوة تأثير المعالج على المريض (Pope et. al., 1986) ولتجنب هذه المشكلة على الأخصائي النفسي أن يعي دوافعه الشخصية واتجاهاته وأن يكون متيقظاً لجوانب سلوكه التي تدفع بالمريض أو المريضة إلى استخدام الإغراء . ولهذا فإن الإكلينيكي المتمرس عادة ما يتجه في مثل هذه الظروف إلى تأكيد طبيعة العلاقة المهنية ، وأن يلفت انتباه مريضه أو مريضته بطريقة لبقة إلى دوره المهني وحرصه على مصلحة مريضه وأن ينجح معه في تحقيق بعض التغيرات الإيجابية. والممارس الناجح يعرف أن اتجاه بعض المريضات للإغراء الجنسي قد يكون جزءاً من المشكلات العميقة في حياتهن وأنها ترتبط بطبيعة المرض الذي يعانين منه كما في حالات الهستيريا . ولهذا فقد يتعدل سلوك المريضة بهذا الصدد بعد نجاح العلاج . ومن الضروري أن نشير هنا إلى خطر مواجهة المريض أو المريضة بسلوكه هذا بشكل صريح بسبب ما قد يثيره من حساسية أو انتكاس مرضي ، أو تجنب لتلقي الخدمة النفسية . لهذا فإن الطريقة اللبقة ، والاحتفاظ بالهدوء المهني ، والتجاهل لسلوك الإغراء ، وإعطاء تعليقات من جانب الأخصائي عن دوره المهني قد يساعد - بصورة لا تخدش الشعور - على التحكم في هذه الجوانب السلوكية .

شروط أساسية يجب توافرها في المقابلة التشخيصية :

المقابلة كأي أداة تشخيصية أخرى تكون جيدّة إذا ما توافر فيها شرطان رئيسيان هما : الثبات Reliability والمصداقية Credibility أو الصدق Validity . ويشير هذان المفهومان إلى جوانب منها : مدى حصولنا على معلومات صحيحة عن الموضوعات التي أجرينا من أجلها المقابلة ، ومنها القدرة على التنبؤ بالسلوك في المستقبل ، ومنها دقة الأداة ، ومنها تشابه المعلومات التي تحصل عليه من شخص واحد حتى إذا اختلف القائمون بالمقابلة .... الخ .

وإذا شئنا أن نعرض لكل مفهوم بشكل مستقل ، فإن الصدق يشير ببساطة قدرة الأداة (المقابلة) على قياس وتقدير ما وضعت لقياسه . وبهذا تكون الأداة صادقة إذا أعطتنا معلومات تتفق مع نفس المعلومات التي حصلنا عليها من مصدر آخر أو محك خارجي دقيق . أما الثبات فيقصد به اتساق الأداة ، أي مدى الاتفاق بين وحدات الأداة المختلفة أو فقراتها في قياس ما وضعت لقياسه . وهكذا فقد تكون الأداة ثابتة دون أن يعني هذا بالضرورة أنها صادقة . فبنود مقياس للقلق قد تكون مترابطة فيما بينها ومتسقة (أي ثابتة) ولكن الدرجة على هذا المقياس قد لا ترتبط بمقاييس القلق الأخرى ولا بالمحكات الأخرى للقلق مثل اضطراب النوم أو الخوف ... الخ مما يدل على أن المقياس غير صادق .

ويقال عن المقابلة أنها ثابتة إذا اتفق شخصان يقومان بإجراء المقابلة مع نفس الشخص في أوقات مختلفة ، اتفقا في المعلومات التي يحصلان عليها من نفس هذا الشخص . وكلما زاد التشابه بين الأخصائيين في الوصول إلى نفس النتائج الخاصة بمريض أو أكثر من حيث قلقه أو رغبته في الانتحار ، أو خطورة سلوكه على نفسه أو على الآخرين كلما دل ذلك على ارتفاع

ثبات المقابلة . ولهذا يستخلص معامل ثبات المقابلة عن طريق الارتباط بين أحكام اثنين أو أكثر ممن قاموا بالمقابلة لنفس الشخص .

وتتضارب النتائج فيما يتعلق بثبات المقابلة ... بعضها يبين أنها مرتفعة وبعضها يبين أن الاتفاق بين الأخصائيين في الأحكام التي يحصلون عليها من المقابلة ليس له دلالة تذكر . وتوضح الدراسات أن الثبات قد يرتفع أو ينخفض بحسب شروط كثيرة ولهذا فإن الثبات يرتفع تحت شروط معينة منها :

١ - عندما يكون المطلب هو الحكم على فئات واسعة من السلوك ، فالارتباط يرتفع بين القائمين بالمقابلة إذا ما طلبنا الحكم على وجود عصاب أو ذهان لكن الارتباط ينخفض إذا ما طلبنا منهم تحديد مدى خطورة المريض على نفسه (أي ميوله للانتحار مثلاً) .
٢ - يزداد الاتفاق إذا زاد تدريب المحكمين وممارستهم الإكلينيكية وسنوات الخبرة.
٣ - يزداد الاتفاق عندما يزداد التشابه النظري بين المحكمين . فالاتفاق بين اثنين يميلان للتحليل النفسي يرتفع عما إذا كان أحدهما يؤمن بالنظرية السلوكية والآخر يؤمن بالتحليل النفسي مثلاً .
٤ - يرتفع الثبات إذا كان من المطلوب الحكم على جوانب مفصلة من الشخصية وليس الوصول إلى محكات تشخيصية قصيرة وقاطعة .

وإذا كانت عملية الثبات تتعرض لعوامل تجعلها عملية معقّدة ، فإن مشكلة صدق المقابلة أكثر تعقيداً من ثباتها . وتكون المقابلة صادقة إذا كانت المعلومات المحصلة منها تنطبق بالفعل على المريض وترتبط بنفس المعلومات التي حصلنا عليها من المريض بوسائل أخرى مثل الملاحظة والاختبارات النفسية الأخرى، والتشخيصات السابقة . وتبين الدراسات (انظر : **(Korchin, 1977; Phares, 1979, Sundberg, 1977; Sundberg, et. al. 1974)** أن صدق المقابلة يتوقف على شروط متعددة منها طبيعة المرض ، والهدف من

المقابلة ، وشكل المقابلة والمعلومات التي تهدف إلى الوصول إليها ، ومهارة القائمين بالمقابلة ومدى تدريبهم بالرغم من أن الدراسات المختلفة أقرب إلى تأكيد ضعف صدق المقابلات من تأكيدها على ارتفاع صدق المقابلة.

ومع ذلك فإن المقابلة كما يذكر ساندبرج (Sundberg, 1977, P. 70) منهج وجد ليبقى بالرغم من كل الشكوك المحيطة بصدقها وثباتها . فمن ناحية لم يوجد حتى الآن بديل منهجي للطريقة المرنة التي تساعد المقابلة من خلالها على التوصل إلى المعلومات والتعمق في الشخصية . ومن ناحية أخرى يشعر كثير من الإكلينيكيين أن الاعتماد على المقاييس الموضعية كبديل للمقابلة يحرم الخبرة الإكلينيكية من كثير من جوانب ثرائها وتفردها . ولا تزال المقابلة مصدراً ثرياً لتكوين الفروض وعمل الانطباعات الأولى عن الحالة . ويبدو أن الاعتماد على المقابلة سيزداد بازدياد الشكوك المحيطة باستخدام الاختبارات النفسية والمقاييس الموضوعية التي تجرى على المرضى وغيرهم من فئات المجتمع.

والتصور الأمثل لمستقبل المقابلة فيما نرى يكمن في ضرورة الاستمرار في البحث عن مصادر الدقة والضبط فيها ، وليس بالتخلي عنها كمنهج إكلينيكي رئيسي له فوائده التشخيصية والعلاجية التي لا يمكن الاستغناء عنها بأي حال .

الخلاصـــة

المقابلة هي موقف مواجهـــة بين اثنين أو أكثر يدور فيها حوار أو محادثـــة موجهة للحصول على معلومات من المريض ، أو للتعديل في سلوكه وعلاجـــه . والمقابلة تتكون من أنواع متعـــددة منها المقابلة التشخيصية ، والمقابلة التي تسـبق الالتحاق بالعلاج ، والمقابلـة التي تجرى بهدف دراسـة الحالة ، والمقابلة التي تجرى مع أقارب المريض ، ومقابلات الفرز والتشخيص ، والمقابلات الممهدة للعلاج النفســي وتطبيق الاختبارات ، والمقابلة السلوكية . وتتكون المقابلة في كل نوع منها من ثلاث مراحل : بداية ، ووسط ، وخاتمة . ولكي تكون المقابلة ناجحـة يجب توافر بعض الشروط الضرورية في كل مرحلة من هذه المراحل الثلاث ، وقد عرضنا لهذه الشروط بشيء من التفصيل . كذلك عرضنا لبعض الفنيات الهامة التي تساعد على مواجهة المشكلات التي تثيرها بعض المشكلات الخاصة مثل الاكتئاب ، واضطراب التفكير والإدراك في حالة الفصـام ، واتجاه بعض المرضى للتحكم والتسلط ، أو في حالات التعرض للإغراء الجنسي .

ومن الشروط السيكومترية التي يجب توافرها في المقابلـة الثبات والصدق . وقد تبين لنا أن البحوث في هذا المجال تتعارض فيما بينها إلا أن من المؤكـد أن ثبات المقابلات وصدقها يتأثر بعوامل كثيرة ومتعـددة تجعل حساب ثبات المقابلات وصدقها بالطرق المتبعة التقليدية أمراً معقداً إلى حـدّ بعيد . وبالرغم من ذلك فإن المقابلة بقيت وستبقى -- فيما يبدو كأداة رئيسية للتشخيص والعلاج والبحث في الميدان الإكلينيكي وفي غيره من الميادين .



الفصل الرابع

التشخيص الإكلينيكي (ب)
استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية

استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية :

ذكرنا من قبل أن من بين الوظائف الرئيسية التي يتولاها الأخصائي النفسي الإكلينيكي القيام بعمليات تشخيص وتقييم للوظائف النفسية والعقلية للجمهور الذي يعمل معه وعملية التشخيص في جوهرها عملية بحث عن المعلومات العامة في حياة المريض وفي قدراته العقلية والشخصية بهدف اكتشاف الجوانب الإيجابية والسلبية من شخصيته . وعادة ما يجب أن ينتهي ذلك إلى اقتراح بعض العلامات التشخيصية البارزة لدى الفرد التي تمكنه أو تمكن غيره من أعضاء الفريق الإكلينيكي من وضع الخطط الملائمة للعلاج وتنفيذها .

وقد استقرت الآن المناهج الرئيسية التي تستخدم في علم النفس الإكلينيكي لتيسير عملية التشخيص والتقييم . ويلجأ المختصون إلى وسائل من أبرزها :

- استخدام الاختبارات النفسية ومقاييس الشخصية .
- القيام بالمقابلات الشخصية .
- إجراء الملاحظات الميدانية في مواقف الحياة الفعلية .
- الرجوع لسجلات المرضى وملفاتهم .

وسنفرد فيما يلي كلمه عن كل وسيله من الوسائل السابقة .

المقاييس والاختبارات النفسية كوسيلة من وسائل التشخيص الإكلينيكي :

بدأت موجة استخدام الاختبارات النفسية والمقاييس في الولايات المتحدة منذ فترة مبكرة من حياة علم النفس الإكلينيكي ، ومن الولايات المتحدة إلى أوروبا إلى بقية العالم أخذت هذه الموجة تزحف على علم النفس الإكلينيكي . واليوم يعتبر استخدام المقاييس بأشكالها المختلفة من أبرز الوظائف التي ينسبها الرأي العام لعمل الأخصائيين النفسيين .وقد أدى ذلك للأسف ـــ إلى كثير من السلبيات :

فمن ناحية ونتيجة لارتباط عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي بتطبيق الاختبارات النفسية وتفسيرها ارتبط عمل الأخصائي النفسي الإكلينيكي في أذهان العامة والمتخصصين من أعضاء الفريق الإكلينيكي ارتباطاً أكثر مما يجب بهذه الوظيفة . مما أدى إلى حرمان الأخصائيين النفسيين الإكلينيكيين من عدد آخر من المهام .

كالبحث والعلاج النفسي والاستشارة المتخصصة . صحيح أن هذا الحرمان من أداء الواجبات الشاملة للمهنة ، أمر نسبي ويتوقف على الكفاءات الفردية ومستوى الخبرة والإعداد المهني التعليمي للأخصائي ، إلاّ أنها شكوى عامه نجدها من بين المتخصصين في هذا الميدان من أنهم يحاربون بشدّه من أجل أن تتاح لهم الفرصة لممارسة بعض الوظائف المدربين لأدائها بإتقان مثل العلاج النفسي .

ومن ناحية أخرى ، أدى الاعتماد الشديد على الاختبارات والمقاييس النفسية إلى ما يشبه الإدمان على هذه الاختبارات ، فأصبحت تطبق دون مراعاة لحدود تطبيقها ، أو الشروط السيكومترية التي تحكم استخدام كل منها

وكان من نتيجة ذلك تلك الموجة الحادة من الهجوم التي تشهدها الولايات المتحدة ضد استخدام الاختبارات النفسية .

وقد جاءت أشد التحديات للاختبارات النفسية مرتبطة بشكل خاص باستخدام مقاييس الذكاء في قرارات مصيرية خاصـــة بكثير من الأقليات -في المجتمعات الغربية-والبشـــر (في كثير من الحضارات غير الغربية) ، بالرغم من أن هذه الاختبارات لم تقنن على هذه الجماعات ، ولم تشتق بنودها من واقع الظروف المحلية الفعلية لكل منها . وبهذا فهي تأخذ موقفاً متحيزاً منذ البداية نحو الجمهور الذي لا ينتمي لعينات التقـنين ولا للظروف الحضارية والتعليمية التي تعيشها تلك العينات .

وبالرغم من أن معظم الهجوم يدور على اختبارات الذكاء وليس على الاختبارات ذات المساهمات الإكلينيكية ، فإن كثيراً من علماء النفس أنفسهم أصبحوا من دعاة الهجوم على فكرة القياس النفسي في الميدان الإكلينيكي .

ومع ذلك ، فإن استخدام الاختبارات والمقاييس النفسية لا زال يمثل جزءاً هاماً من عمل الإكلينيكي ، ومن تدريبه في مراحل دراسته الجامعية الممهدة لتخصصه . مما يبرر بالفعل تخصيص هذا الجزء له .

وسنشير ـــ لهذا ـــ إلى بعض الاختبارات البارزة في ميدان التطبيق الإكلينيكي وحدود استخدام كل منها ، والخصائص المميزة لها .

أهم الاختبارات والمقاييس النفسية في المجال الإكلينيكي

قام مجموعه من الباحثين (*Lubin, Wallis, and Paine, 1971*) بدراسة للكشف عن أهم الاختبارات والمقاييس النفسية المستخدمة فيما يقرب من ٢٥١ من مؤسسات الصحة العقلية ، والعيادات النفسية والمستشفيات في الولايات المتحدة . فتبين أن ٥٠% منها يستخدم ثلاثة عشر اختباراً تعتبر

ممثلة لأهم المقاييس النفسية الشائع استخدامها . وتلخص دراستان حديثتان (Lubin et , al , 1984, Lubin et ,al, 1985) أهم الاختبارات والمقاييس المستخدمة في الميدان كما يلى :

١ - مقياس وكسلر لذكاء الراشدين *Wechsler Adults Intelligence Scale*

٢ - اختبار" رورشاخ" لبقع الحبر *Rorschach Inkblot Test* .

٣ - اختبار بندر جشتالت للتآزر البصري ـــ الحركي *Bender Visual Motor Gestalt Test* .

٤ - اختبار تفهم الموضوع (*T.A.T*) *Thematic Apperception Test* .

٥ - اختبار" ماكوفر " لرسم الشخص *Machover Draw - A - Person Test*.

٦ - اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)* .

٧ - اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه (الصورة ٢) *MMPI 2* وتطبيقاته باستخدام برنامج يعمل بنظم الذكاء الاصطناعي على الحاسب الآلي .

٨ - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال *Wechsler Intelligence Scale For children.(WISC)*

٩ - مقياس ستانفورد ـــ بينيه للذكاء *Standford Binet Intelligence Scale*
والتعديل الذي طرأ عليه في الصورة الرابعة والتي سنتناولها بالتفصيل لاحقاً .

١٠ - أسلوب رسم البيت ، والشخص والشجرة *House - Tree - Person Projective Technique*.

١١ - اختبار- تكميل - الجمل لروتر *Rotter Incomplete Sentence Blank* .

١٢ - مقياس النضج الاجتماعي"لفاينلاند" *Vineland Social Maturity Scale*

١٣ - اختبار تذكر الرسوم *Memory For Designs Test*.

١٤ - اختبار مفردات الصورة "لبيبودى" *Peabody Picture Vocabulary Test.*

١٥ - اختبار "وكسلر للتذكر *Weschler Memory Scale* .

١٦ -قائمة "إدوارد" للتفضيل الشخصي *Edwards Personal Preference*

١٧ - اختبار تفهم الموضوع للأطفال *Children Apperception Test* .

وتمثل قائمة الاختبارات السابقة تمثيلاً جيداً بالفعل أهم الأدوات الإكلينيكية المستخدمة في الوقت الحالي . ولا يعني هذا أن الإكلينيكي يستخدم في الموقف الواحد كل هذه الاختبارات مجتمعة فقد ينتقي منها مجموعة (أو بطارية) بحسب أهدافه من التطبيق وبحسب ما يطلب من أعضاء الفريق الإكلينيكي .

ولهذا فإنَّ المهم أن نشير فيما يلي إلى مختلف الأسئلة التي يطلب أعضاء الفريق الإكلينيكي من الأخصائي النفسي أن يعينهم في الإجابة عليها.

أهم الأسئلة التي تجيب عنها المقاييس النفسية :

قام (بوب وسكوت) (*Pope and Scott, 1967*) بدراسة للكشف عن أهم الأسئلة التي يستعان بالأخصائي النفسي الإكلينيكي للإجابة عنها ، وقد تمت تلك الدراسة من خلال الرجوع لملفات المرضى وإحصاء الأسئلة التي يسألها أعضاء الفريق الطبي النفسي الإكلينيكي ، وأهم المقاييس التي استخدمها الأخصائي للإجابة عن تلك الأسئلة .وفيما يلي عينة من تلك الأسئلة والمقاييس التي استخدمت للإجابة عنها :

هل تعاني المريضة حالياً من اضطراب في التفكير ؟

المريضة في الخامسة والثلاثين من العمر . ولكي يجيب الأخصائي عن هذا السؤال استخدم مقياس رور شاخ لبقع البحر .

هل هناك خطر الانتحار ؟

المريض طالب مهندس في الرابعة والعشرين من العمر وقد انتحر بالفعل بعد خروجه ، وقد استخدم الأخصائي النفسي اختباري(تفهم للموضوع) و(رورشاخ) ، وقد أثبت بعض الأدلة على وجود أفكار انتحارية ، واكتئاب ورغبات في تدمير الذات ، مع فشل في إدراك قيمة الحياة بمقارنتها بالموت .

هل الذهان لدى هذه الحالة ذو مصدر عضوي أم مصدر وظيفي؟
استخدم الأخصائي الإكلينيكي هنا مقاييس وكسلر لذكاء الراشدين وبندر جشتالت ، ورسم الشخص ، والرورشاخ ، وقد تبين له أن هناك أدله على التدهور العضوي .هذا بالرغم من أن هذه الحالة كانت لسيدة في السابعة والعشرين تم تشخيصها من قبل بالفصام .

ما مدى خطورة الأمراض العصابيبة في هذه الحالة ؟ وما مدى قابليتها للعلاج النفسي ؟
استخدم الأخصائي النفسي مقاييس رورشاخ ، وركسلر لذكاء الراشدين ، واختبار تفهم الموضوع .وقد استخدم هذه المقاييس لاستكشاف العلامات الدالة على تحمل القلق والذكاء ، والفعالية في المواقف الاجتماعية ، والانتماء الاجتماعي والاتجاه الإيجابي نحو العلاج

هل هذه حالة تخلف عقلي أم ذهان عضوي ؟
حالة سيدة في الخمسين من العمر ، استخدم الأخصائي المهني اختبار وكسلر للذكاء ،وبندر جشتالت .

هل هناك حالة مرض نفسي نتيجة للمرض الجسمي المزمن ؟
المريض عامل في الثامنة والعشرين من العمر بدأت تتملكه أعراض (البارانويا) مؤخراً . وقد جاءت أعراضه تلك مصاحبة لإعاقة خطيرة أقعدته على هذه المستشفي .استخدم الإكلينيكي اختباري رورشاخ وتفهم الموضوع للإجابة عن السؤال .

الأمثلة التي أهم المشكلات التشخيصيه التي تواجه الفريق الإكلينيكي في هذه المؤسسات ومستشفيات الصحة العقلية ، والتي يساهم الأخصائي

النفسي الإكلينيكي في الإجابة عنها إما باستخدام المقاييس المقـننة ، أو إجراء المقابلات المتعمقة والملاحظات على المرض .

وإذا حاولنا أن نختصر تلك المشكلات في فئات عريضة والمقاييس البارزة تساعد في الإجابة عنها لكان بإمكاننا وضعها على النحو التالي :

١ - الوظائف العقلية ، ودرجات المستوى العقلي ، وتستخدم لذلك عادة الإختبارات الخاصة بالذكاء البارزة من أهمها وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين ، ووكسلر بلفيو للأطفال ،ومقياس ستانفورد بينيه .
٢ - التمييز بين مصادر الذهان هل هي عضوية أم وظيفية ، ويلجأ الأخصائي النفسي عادة إلى مقاييس التشخيص العصبي والحسي ــــ الحركي من أمثال بندر جشتالت وتذكر الأشكال .
٣ - بناء الشخصية وخصائصها : ومن أهم الاختبارات شيوعاً : تفهم الموضوع ، وروورشاخ واختبار الشخصية المتعددة الأوجه ، واختبار أيزنك للشخصية
(Eysenck Personality Questionnaire (EPQ)

وفيما يلي شرح لبعض تلك المقاييس خاصة ما كان منها ملائماً للبيئة العربية بسبب الترجمة إليها ، أو التقنين فيها .

مقاييس الوظائف العقلية والنمو العقلي

مقاييس وكسلر لذكاء الراشدين :

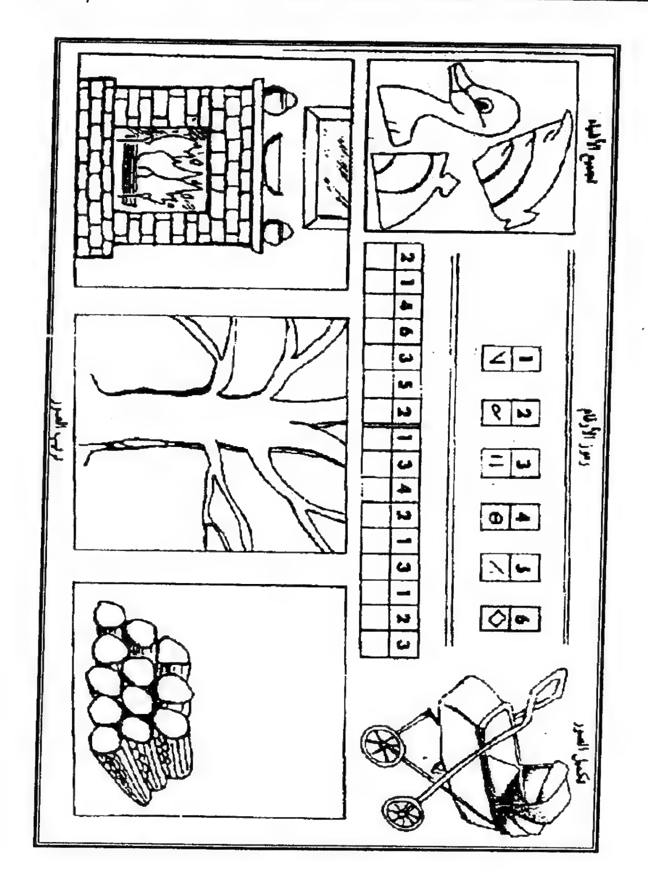
يعتبر هذا المقياس من أشهر مقاييس الذكاء استخداما في الميدان الإكلينيكي ذلك بسبب قدرته على تقدير نسبة الذكاء للفرد، فضلاً عن بعض الاستخدامات الحديثة له لاكتشاف أنماط الاضطراب العقلي .وضعه دافيد وكسلر سنة ١٩٥٥ ، وقد ترجم إلى العربية سنة ١٩٥٦وأجريت وأجريت دراسات مصرية لتقنينه على البيئة المصرية (أنظر مليكه وإسماعيل ١٩٥٧،

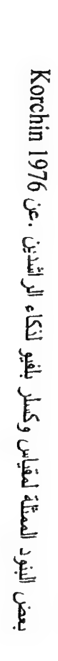
مليكه ، ١٩٦٠) كما أجريت ودراسات حديده سنة ١٩٨١، وتم تعديله بمعايير حديده سنة ١٩٨١ .

وصف المقياس :

يتكون المقياس من جزئين : لفظي وأدائي .ويتكون كل جزء منهما من مقاييـــــس صغرى .فالجزء اللفظي يتكون من ستة مقاييس فرعية للمعلومات العامة (معلومات عامة تاريخية أو جغرافية أو أدبيه متدرجة الصعوبة) ، والفهم العام (القدرة على الحكم الجيد على بعض المواقف العملية) ، والاستدلال الحسابي (الإجابة عن عدد من المسائل الحسابية) ،وإعادة الأرقام (إعادة سلاسل من الأرقام إما بالترتيب الذي تقرأ به أو بعكس الترتيب) ، المشابهات (ذكر وجه الشبه بين شيئين) ثم أخيراً المفردات (و يتكون من مجموعه من الكلمات يطلب من الحالة تعريف كل منها).

أما الجزء الأدائي فيتكون من خمسة مقاييس فرعية فهي ترتيب الصور غير المرتبة بحيث تعطي قصة لها معناها) ، تكميل الصور (صور بكل منها جزء ناقص يطلب منه تحديده) ، تجميع الأشياء (تجميع قطع خشبية بحيث تعطى شكلاً متكاملاً) ، رسوم المكعبات (مكعبات ملونة يطلب من الشخص ترتيبها بحـــيث تماثل نماذج من الرســـوم البارزة تعرض عليه تباعاً) ، رموز الأرقام (مربعات في النصف




بعض البنود الممثلة لمقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين .عن Korchin 1976

الأعلى لكل منها رقم ، أما النصف الأسفل فهو فارغ ويطلب من الحالة أن يضع أسفل كل رقم رمزه المعروض عليه في كراسة تسجيل الإجابات)

الخصائص السيكومترية :

استخدمت في مصر طرق لاستخلاص معامل ثبات مقياس وكسلر لذكاء الراشدين ، منها إعادة تطبيق الاختبار على نفس العينة . ومثال هذا دراسة طه (١٩٦٥) ، التي توصلت إلى معامل ثبات يتراوح من ٨٥ ر للحساب و ٩٣ر للمفردات ، بينما بلغ ثبات المقياس الكلي ٩٤ر واللفظي ٨٧ر وفي دراسة لنفس الباحث استخدم طريقة التقسيم الزوجي — الفردي لاستخلاص معاملات ثبات المقاييس الفرعية فتراوحت معاملات الثبات بالنسبة للمقاييس الفرعية من ٤٥ر للفهم العام إلى ٩١ر للمفردات .

أما من حيث صدق المقياس فهناك دراسات متعددة أجريت في الولايات المتحدة وأوروبا وكذلك في مصر وتتفق جميعها على أن مقياس وكسلر صادق من حيث هو أداه لتقدير نسبة الذكاء ،والمستوى العقلي (أنظر في ذلك مليكه ، ١٩٧٧) *(Wechler 1958)*

استخدام مقياس وكسلر في المجالات الإكلينيكية :

بالرغم من أن وكسلر عندما وضع هذا المقياس لم يكن يقصد وضع أداة لتشخيص الفئات المختلفة من الاضطرابات النفسية والعقلية بقدر ما كان يرمى إلى وضع أداه تساعد على تقدير نسبة الذكاء من حيث الموضوعية والإتقان , بالرغم من ذلك فقد حدثت تطورات تالية لظهور المقياس جعلت منه أداه إكلينيكية ناجحة .

ونذكر فيما يلي بعض الطرق المستخدمة في تفسير الأداء على المقياس وقيمة كل منها في الميدان الإكلينيكي .

١ - نسبة الذكاء :

يعطى الاختبار ثلاث نسب ذكاء : نسبة ذكاء لفظي وهي التي تكون نتيجة للأداء على المقاييس الفرعية اللفظية ، ونسبة ذكاء أدائي وتكون نتيجة لأداء الفرد على المقاييس العملية الخمسة ونسبة ذكاء كلية وهى عبارة عن متوسط نسبتي الذكاء اللفظي والعملي .

وتعين نسبة الذكاء في تشخيص حالات التخلف العقلي ، وما يتضمنه ذلك من فوائد يجنيها المتخلفون تتمثل في البرامج التدريبية التي تعطى بعد تشخيص المستوى العقلي وبحسب نسبة الذكاء يصنف المستوى العقلي للناس وفق الفئات الآتية :

جدول : تصنيف الناس بحسب نسبة الذكاء (*Weschler,1958*)

الفئة	نسبة الذكاء	الفئة	نسبة الذكاء	الفئة	نسبة الذكاء
ناقص العقل *Defective*	٦٥فأقل	متوسط *Average*	٩١:١١٠	ممتاز جداً *Very Superior*	١٢٨ فما فوق
على حدود التخلف *Borderline*	٦٦:٧٩	عادى ــ لامع *Bright-normal*	١١١:١١٩		
عادى ـــ بليد *Normal Dull*	٨٠:٩٠	ممتاز *Superior*	١٢٠:١٢٧		

وبالرغم من أن مقياس وكسلر للذكاء يمثل في الوقت الحاضر أحسن الأدوات المتوفرة لتشخيص الضعف العقلي، فإن كثيراً من الإكلينيكيين يحذرون من اتخاذ قرارات حاسمة في تشخيص الضعف العقلي اعتماداً على أداة واحدة مهما كان نوعها ، فالتخلف العقلي والذكاء ليست مجرد مستويات عقلية مجردة عن الشخصية ، والعوامل التي تحكمها معقدة ومتشابكة. ولهذا فيجب قبل اتخاذ قرار التشخيص بالاعتماد على المقياس وحده ، أن يراعى التاريخ الشخصي ـــ الاجتماعي للحالة ، وظروف تطبيق الاختبار ، ومستوى الدافع وغير ذلك من عوامل يتعين على الإكلينيكي أن يستقصيها .

٢ - التمييز بين فئات الاضطراب العقلي واضطرابات الشخصية :

بالإضافة إلى الاستخدام الرئيسي لمقياس وكسلر في تقدير نسبة الذكاء ، فإن هناك محاولات ناجحة بينت أن المقياس يمكن أن يستخدم أيضاً في تشخيص بعض الاضطرابات النفسية والعقلية وتمييزها بعضها عن البعض الآخر .

وتستخدم لذلك عدة وسائل منها :

أ - الفرق بين نسبة الذكاء اللفظي والعملي :

فمن المعروف أن كل مقياس من المقاييس الفرعية التي يشتمل عليها مقياس وكسلر تعطي نسب ذكاء لفظية أو عملية مستقلة ، وبالتالي تعبر نسبة الذكاء اللفظي عن القدرة على استخدام الرموز والمجردات واللغة والفهم اللفظي بينما تعبر نسبة الذكاء العملي عن الجوانب المرتبطة بالذكاء العملي كالتآزر الحسي والحركي ، وسرعة التنفيذ العملي للأفكار وتناول الأشياء ومعالجتها .

ويعتقد وكسلر (*Wechsler, 1958*) أن وجود فرق كبير بين النسبتين يزيد عن ١٥ درجة نسبة ذكاء عند شخص معين يعتبر مؤشراً تشخيصياً

هاماً ،وتشير نتائج بحوث تاليه .(e .g Zimmerman and Woo- Sam ,1937) أن هناك علاقات تشخيصية ترتبط بزيادة نسبة الذكاء اللفظي عن العملي تختلف عن تلك التي ترتبط بزيادة نسبة الذكاء العملي عن اللفظي. فإذا زادت نسبة الذكاء اللفظي عن العملي بمقدار ٢٥ درجة أو أكثر كان ذلك علامة على وجود اضطراب عقلي مرتبط بوجود تلف في الأجزاء اليمني من المخ Right - Hemisphere Brain Damage. وتبين أيضاً أن زيادة نسبة الذكاء اللفظي عن العملي تشيع في الغالب بين الأفراد ذوى الذكاء العالي إلا أن ذلك لم يتأكد بشكل حاسم في بيئة عربية (مليكه ،١٩٨٠) ويثبت "بلات " و"اليسون " ١٩٦٨ أن من بين كل التشخيصات المرضية المعروفة لا يوجد إلا الاكتئاب الذي يمكن له أن يسجل نسبة ذكاء لفظية أعلى من العملية ، وذلك لأن المقاييس العملية تتطلب معالجة حركيه ويدوية وبصرية نشطة وهو مالا يتوافر لدى المكتئبين . (Blatt and Allison , 1968)

أما زيادة نسبة الذكاء العملي عن اللفظي فهي تعتبر بدورها مؤشراً هاماً على وجود ذهان عضوي مرتبط بتلف في المناطق اليسرى من المخ Left - hemisphere brain damage. وقد تأكدت هذه النتيجة في كثير من البحوث العالمية والأمريكية (Zimmerman and Woo -Sam) فضلاً عن هذا ، فقد تبين أن فئات الجانحين والسيكوباتيين تحصل بدورها على نسبة ذكاء عملية أفضل من اللفظية

(Ibid) . وتبين بجانب هذا أن المنخفضين في الذكاء والهستيريين يحصلون بالمثل على درجات ذكاء عملية أفضل من اللفظية (Blaat and Allison, 1988)

والخلاصة أن الفرق بين نسبة الذكاء اللفظية والعملية يعتبر مؤشراً تشخيصياً هاماً إلا أنه لابد من وجود علامات أخرى للإعانة على التأكيد الحاسم لهذا التشخيص أو ذاك . والفرق بين نسبتي الذكاء اللفظية والعملية أشبه في ذلك بارتفاع في درجة الحرارة لدى مريض معين . فارتفاع الحرارة لا

يعتبر تشخيصاً لمرض بعينه لأنه يرتبط بعـــدد كثير من الأمراض . ولهذا فلابد من استخدام وسائل أخرى للمساعدة على التشخيص الحاسم .

ب – نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية :

يساعد تحليل نمط توزيع الدرجات على المقاييس الفرعية ، أو ما يسمى بتحليل التشتت *Scatter analysis* على الكشف عن طبيعة تنظيم وظائف الشخصية .ويقصد بهذا المفهوم الإشارة إلى التباين والاختلاف بين الدرجات التي يحصل عليها الشخص في المقاييس الفرعية .

ويتطلب القيام بتحليل التشتت القيام بالمقارنة بين الدرجات الموزونة على كل مقياس لمعرفة مقدار تشتت كل منها عن المتوسط العام على المقاييس جميعها وبهذا تتكون قائمة من المقاييس التي سجل عليها الشخص أعلى الدرجات وتلك التي انخفض أداؤه عليها بأقل من متوسط أدائه العام . ويعتبر الانخفاض أو الارتفاع على أي مقياسٍ من المقاييس الفرعية ذي دلالة تشخيصيه هامة يفرد لها الباحثون كثيراً من الأهمية للاطلاع على الدلالة الإكلينيكية لتشتت كل مقياس من المقاييس الفرعية ويحسن للقارئ الرجوع إلى شروح تفصيلية (أنظر مثلا ،(هنا) و(هنا) ، ١٩٧٣، مليكه ، ١٩٨٠، كذلك بالإنجليزية *Matarazzo, 1972, Wechsler (Zimmerman & Woo-Sam, 1973, 1958)*

وإذا كانت المقارنة بين المقاييس الفرعية ذات أهمية ، فإن المقارنة بين البنود على كل مقياس بمفرده لا يقل أهمية للتشخيص الإكلينيكي . ويسمى هذا الأسلوب بتحليل التشتت الداخلي للمقياس . فنظراً لأن بنود كل مقياس مرتبة ترتيباً تصاعدياً بحسب الصعوبة ، فإن من المتوقع أن ينجح الشخص في الاجابة عن البنود إلى درجة معينة يفشل بعدها في الإجابة عن البنود التالية .

ولكن يحدث أحياناً أن بعض الأفراد يفشل في الإجابة عن بنود سهلة وينجح في إجابة بنود أصعب ، أو أن يتذبذب أداؤه بين البنود ينجح في الصعب منها ثم يفشل بعد ذلك ، وينجح في ذلك في بنود أخرى هكذا . (أنظر : *Korchin 1976*) ومن المعتقد أن مثل هذه الظاهرة تشيع في حالات القلق ، أوقد تكون مؤشراً لاضطرابات أكثر خطورة مثل التلف العضوي .

جـ - تقدير التدهور العقلي ***Mental deterioration*** :

يحتاج الإكلينيكيون أحياناً لتحديد مدى الهبوط في إحدى الوظائف العقلية لشخص ما .ففي كثير من الحالات الإكلينيكية تهبط بعض الوظائف العقلية عن مستواها السابق بسبب الإصابة ببعض الاضطرابات الطارئة على الشخصية . ويصل الهبوط في بعض الوظائف إلى درجة خطيرة تصل للضعف العقلي ,ولكن الضعف العقلي يختلف عن التدهور العقلي من حيث أن الوظائف العقلية لضعيف العقل تتميز بالضعف العام و لم يحدث من قبل أنها كانت أفضل ،وهو عكس ما يحدث في حالات التدهور العقلي .

ويختلف التدهور العقلي عن الهبوط العادي في الوظائف العقلية ، والمتوقع بحكم السن .

ولحساب التدهور العقلي يقترح وكسلر طريقة تقوم على تصنيف المقاييس الفرعية إلى مجموعتين : المقاييس الثابتة *hold test* (أي التي لا يتأثر الأداء عليها بالسن) وهى : المفردات ، المعلومات ، تجميع الأشياء ، وتكميل الصور) ، وتضـم المجـموعة الثانية المقاييس غير الثابتة *.Don't hold tests* أي التي ينخفض الأداء كلما تقدم العمر (وهى : تذكر الأرقام ، المتشابهات ، رموز الأرقام ، رسوم المكعبات) . ولحساب معامل التدهور بطرح مجموع الدرجات الموزونة على المجموعة الثابتة ، من المجموعة غير الثابتة ويقسم الفرق بينهما على مجموع الدرجات الموزونة للمقاييس الثابتة وفق المعادلة التالية :

نسبة التدهور = (الثابتة - غير الثابتة) / الثابتة × ١٠٠

ويكون التدهور ممكناً إذا كانت النسبة أعلى من ١٠ ، ويكون مؤكداً إذا ازدادت عن ٢٠ (أنظر مزيداً من التفاصيل في مليكه ، ١٩٨٠ ص ١٩٤-١٩٥) على أنه من الضروري أن نحذر من استخدام مقياس وكسلر وحده لتقدير التدهور . فمقياس وكسلر لا يزيد عن كونه مؤشراً من مؤشرات عدة ينبغي أخذها في الاعتبار قبل القطع بتشخيص معين .

مقياس ستانفورد- بينيه الصورة الرابعة :

صدرت هذه الصورة عام ١٩٨٦ حيث قام بإعدادها روبرت ل.ثورنديك و اليزابيث ب.هاجن و جيروم م. ساتلر. وتعتبر هذه الصورة من وجهة نظر "مليكة"(١٩٩٨) تطويراً جوهرياً في قياس القدرات المعرفية و في أساليب السيكوتكنولوجيا ،مما دفع "مليكه"إلي البدء في تعريبه و تقنينه .بما يلائم البيئة المصرية وذلك منذ عام١٩٩٣ مارا بالعديد من التعديلات وصولاً للصورة النهائية للمقياس في عام ١٩٩٨.

و تتميز الصورة الرابعة من مقياس ستانفورد- بينيه عن الصور السابقة بالعديد من المزايا ،منها : تغطية أوسع للمهارات المعرفية ولقدرات تشغيل المعلومات لدي المفحوص و بالتالي توفر فرص للتوصل إلي تقييم أكثر تفصيلا للوظائف المعرفية و مهارات تشغيل المعلومات لدي المفحوص،و كذلك المرونة في تطبيق مقياس ستانفورد-بينيه الصورة الرابعة أكبر من صوره السابقة إذ تتوافر فيه معايير لمختلف الأعمار ومختلف صور الجمع بين اختبارات المقياس، مما يؤدي إلي الحصول علي تقييم أكثر تفصيلاً للوظائف المعرفية ومهارات تشغيل المعلومات لدي المفحوص,كما يساعدنا الاختبار في التمييز بين التلاميذ

المعاقين عقلياً و التلاميذ الذين يعانون من بعض صعوبات التعلم و إن كان الاختبار لا يقف عند حدود التمييز فقط بل يتخطاها إلي توضيح السبب فيما يواجهه تلميذ معين من صعوبات في التعلم المدرسي،هذا بالإضافة إلي أنه يساعدنا في التعرف علي التلاميذ الموهوبين .فمقياس ستانفورد- بينيه الصورة الرابعة يقدم لنا ٢٠ درجة عمريه معيارية و التي تنقسم إلي:- درجة مركبة كلية(و التي كان يطلق عليها نسبة الذكاء في الصورة السابقة من الاختبار) بمتوسط ١٠٠ و انحراف معياري ١٦ ،و ٤ درجات معيارية عمريه لأربع مجالات متوسط كل درجة منهم ١٠٠ و انحرافها المعياري١٦ ،و المجالات هي: الاستدلال اللفظي و الاستدلال الكمي و الاستدلال المجرد البصري و الذاكرة قصيرة المدى كما يعطينا المقياس١٥ درجة عمريه معيارية للاختبارات الفرعية بمتوسط ٥٠ و انحراف معياري ٨ .هذا و تتميز درجات الاختبارات بثبات ودقة و تحديداً أعلي من الصور السابقة.

وصف المقياس :

حدد ثورنديك وزميليه في قياس الذكاء ١٥ اختباراً فرعياً مكونين للمقياس وذلك بالاعتماد على نموذج متدرج (هيراركي) لتحديد القدرات العقلية العامة والذي يتكون من ثلاثة مستويات لتركيب القدرات المعرفية حيث يشتمل النموذج على عامل الاستدلال العام (G) في المستوى الأعلى يليه المستوى الثاني من ثلاثة عوامل عريضة هي : القدرات المتبلورة ،والقدرات السائلة التحليلية، والذاكرة قصيرة المدى(و تقاس الذاكرة قصيرة المدى من خلال الاختبارات الآتية: ذاكرة الخرز-ذاكرة الجمل- ذاكرة الأرقام — ذاكرة الأشياء)بينما يتكون المستوى الثالث من ثلاث مجالات أكثر تخصيصاً وهي : الاستدلال اللفظي (و يقاس من خلال الاختبارات الآتية: المفردات — الفهم — السخافات- العلاقات اللفظية)، والاستدلال الكمي(و يقاس من خلال الاختبارات الآتية: الاختبار الكمي-سلاسل الأعداد-بناء المعادلات) ، والاستدلال المجرد البصري (و يقاس من خلال الاختبارات

الآتية: تحليل النمط-النسخ-المصفوفات-ثني و قطع الورق). حيث يساعد هذا النموذج في تحقيق الأغراض التي يشيع استخدام المقياس فيها مثل التعرف على الأطفال المعاقين وتمييزهم عن الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم ، كما يساعد في التعرف على الأطفال الموهوبين (مليكه، ١٩٩٨).

وفيما يلي وصف "مليكه" (١٩٩٨)المختصر لاختبارات المقياس وفقاً للترتيب المقترح لتطبيقها في أحدث صورة ظهر عليها المقياس :

١-المفردات *Vocabulary* : تبدأ بمفردات مصورة ، ثم مفردات لفظية تطبق شفهياً.

٢-تذكر نمط من الخرز *Bead memory* : واختصاراً (ذاكرة الخرز) . ويتكون من خرز من البلاستيك من أشكال وألوان مختلفة، وقاعدة يثبت عليها عامود من البلاستيك تلضم فيه قطع من الخرز تعرض على المفحوص مصورة في نمط من الأشكال والألوان المختلفة .

٣-الاختبار الكمي *Quantitative test* : ويشتمل على ٣ أنواع من الفقرات

أ-فقرات يعرض فيها الفاحص مكعباً أو أكثر يشبه زهر الطاولة على المفحوص ، ويطلب منه وضع مكعب أو أكثر به نفس عدد النقط الظاهرة على سطح المكعب أو المكعبات التي يعرضها الفاحص – أو تكمل طبقاً لقاعدة – تسلسل مكعبات الفاحص .

ب- فقرات يطلب فيها من المفحوص عد أشياء في صور أو تقدير مواقع أو أطوال أو كسور أو نسب مئوية .

ج- فقرات يجيب فيها المفحوص عن مشاكل حسابية متنوعة يقرأها له الفاحص .

٤-تذكر الجمل *Memory for sentences* : (٤٢ فقرة) يعيد المفحوص الجمل التي يذكرها له الفاحص بنفس ترتيب الكلمات في الجمل وتسلسلها .

٥- تحليل النمط *Pattern analysis* : ويشتمل على نوعين من الفقرات :
أ-لوحة الأشكال مع القطع الكاملة والمقسمة إلى أجزاء .
ب- مكعبات يقوم المفحوص بتقليد الفاحص ثم يزداد الأمر صعوبة حيث يطلب من المفحوص تقليد نمط من المكعبات المعروض في صور .
٦-الفهم *Comprehension* : وتبدأ بفقرات يطلب فيها من المفحوص الإشارة إلى أجزاء الجسم في صورة الطفل ثم يليها أسئلة فهم عام من نوع أسئلة اختبار الفهم في مقياس وكسلر للذكاء.
٧- السخافات *Absurdities* : ٣٢ فقرة مصورة من نوع الفقرات المألوفة في المقياس القديم .
٨-إعادة الأرقام *Memory for Digits* : يشتمل على ١٤ فقرة يطلب فيها من المفحوص إعادة الأرقام و١٢ فقرة يطلب فيها من المفحوص إعادة الأرقام بالعكس .
٩- النسخ *Copying*: ويشتمل على نوعية من الفقرات :
أ-فقرات تشتمل علي تقليد المفحوص للنماذج التي يقوم الفاحص بعملها من مكعبات خضراء(مثل برج ، كوبري ، نماذج مسطحة) .
ب-فقرات أخري يطلب فيها من المفحوص أن يرسم في المواقع المحددة في كراسة الإجابة أشكالاً تبدأ بخط رأسي و تشمل شكلاً كروياً وحروفاً أبجدية وأشكالاً هندسية مختلفة .
١٠- تذكر الأشياء *Memory for objects* : (١٤ فقرة) تعرض كل فقرة على المفحوص صورة لمجموعة أشياء ويطلب منه الإشارة إلى شيئين أو أكثر فيما سبق عرضهم عليه في بطاقات منفصلة .
١١- المصفوفات *Matrices* : تشبه مصفوفات رافين ويتكون من أشكال هندسية وحيوانات وأشخاص وخطوط بكل منها جزء ناقص يطلب من المفحوص أن يختار الجزء المناسب لتكملة المصفوفة.
١٢- سلاسل الأعداد *Numbers Series* : عبارة عن سلاسل أعداد أو كسوراً أو مقاطع من أعداد وحروف أبجدية ، يُطلب من المفحوص

اكتشاف القاعدة في كل منها وتكملة السلسلة بعددين أو كسرية أو مقطعية طبقاً لها.

١٣- ثنى وقطع الورق *Paper folding & cutting* : يطلب من المفحوص تحديد الشكل الصحيح للورقة بعد فردها من بين خمسة رسوم ، وهي شبيهة بفقرات نفس الاختبار في المقياس القديم .

١٤- العلاقات اللفظية *Verbal relations* : يطلب في كل منها من المفحوص ذكر أوجه الشبه بين ثلاثة أشياء واختلافها عن شيء رابع .

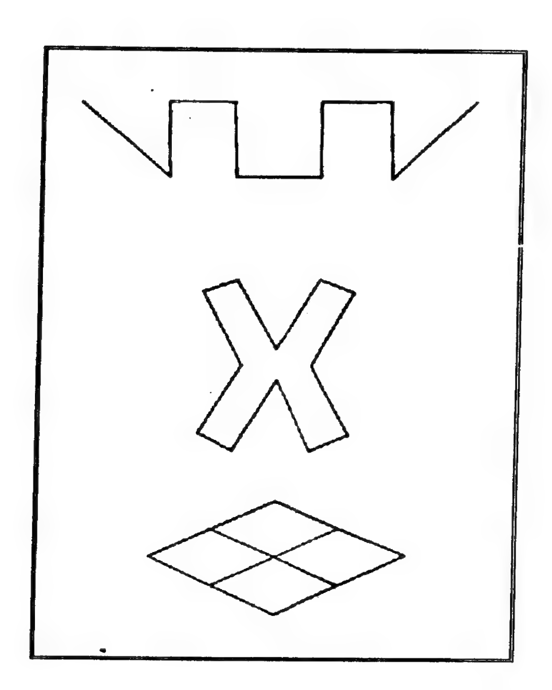
١٥- بناء المعادلة *Equation Building* : يطلب من المفحوص أن يبني من كل فقرة من فقرات الاختبار معادلة ، مثلاً: (٢٣٥ =+) إجابتها :(٢+ ٣ = ٥)

كما يصحب الاختبار كراسة إجابة لتسجيل بيانات المفحوص و الدرجات على الاختبارات الفرعية والدرجة المركبة والدرجة المركبة الجزئية هذا بالإضافة إلى الملاحظات الإكلينيكية الخاصة بالعوامل المؤثرة في أداء المفحوص على الاختبار بالإضافة إلى الصفحة النفسية .

أمثلة أخرى من مقاييس الذكاء

مقياس وكسلر لذكاء الأطفال :

يصلح هذا المقياس للتطبيق على الأطفال من سن خمس إلى خمس عشرة سنة . ويعطى بدوره ثلاث نسب ذكاء كلية ، ولفظية ، وعملية . ويتكون من ١٢ مقياساً فرعياً ستة منها لتقدير الذكاء اللفظي وهي : المعلومات العامة ، الفهم العام ، الحساب ، المتشابهات ، إعادة الأرقام والمفردات ، وقد اشتملت المقاييس العملية على ستة أيضاً وهى : تكميل الصور ، ترتيب الصور ، رسوم المكعبات ، تجميع الأشياء ، الشفرة والمتاهات .



نماذج من اختبار تذكر الأشكال لجراهام وكندال

وقد اختصر المقياس فيما بعد (*Weschler , 1974*) إلى عشرة مقاييس فقط بعد حذف مقياس إعادة الأرقام المتاهات نظراً لضعف ارتباطها ببقية المقاييس الأخرى .

ويعتمد تصحيح المقاييس على نظام قريب من نظام تصحيح الراشدين . وذلك بتحويل الدرجات الخام على كل مقياس إلى الدرجات الموزونة بالرجوع إلى الجداول التي أعدها وكسلر لتفسير ذلك . ثم تجمع هذه الدرجات الموزونة للمقاييس الفرعية اللفظية وتحول إلى نسبة ذكاء لفظية ، وبالمثل تجمع الدرجات الموزونة للمقاييس العملية لتحول إلى نسبة ذكاء عملية .ويمكن أيـضـاً الحصـول على نسبة ذكاء كلية وهى متوسط نسبة الذكاء اللفظية والعلمية .

ولا توجد للأسف تقنينات جادة للمقياس في البيئة العربية إلا أن المواد التي اشتمل عليها المقياس قد أعدت للغة العربية ، وكذلك ترجمت للعربية كتيبات التعليمات والمواد اللفظية الأخرى (إسماعيل ومليكه ، ١٩٦٦) .

اختبار المصفوفات المتتابعة *Progressive matrices* :

يعد هذا الاختبار واحداً من أشهر اختبارات الذكاء المتحرر من التأثيرات الثقافية وضعه رافين سنة ١٩٣٨ *(Raven, 1960, 1962)* في بريطانيا ، وتبذل الجهود لتقنينــه في مختلف بلاد العالم .

ويتألف المقياس من خمس مجموعات كل مجموعة تتكون من ١٢ فقرة : رسم أو تصميم هندسي حذف منه جزء ، وعلى المفحوص أن يختار الجزء الناقص من بين ستة أو ثمانية بدائل معطاة . وتعتبر الدرجة الكلية على المقياس مؤشراً على الذكاء أو القدرة العقلية العامة للفرد . ويتكون اختبار المصفوفات المتتابعة من ثلاثة أشكال الشكل العادي *(Raven, 1962)* وهو يصلح لكل الأعمار ، والملون *(Raven, 1963)* وتصلح للأطفال من سن ٥ سنوات ، وضعاف العقول ، والمتقدم *(Raven, 1960)* ويستخدم مع الأفراد الذين يتجاوز عمرهم ١١ سنة من ذوي العقليات العادية أو الممتازة.

وقد قامت محاولات متعددة لتقنين هذا الاختبار في المجتمعات العربية من أهمها على الإطلاق التقنين الذي تم تحت إشراف مركز البحوث التربوية بجامعة أم القرى بالمملكة العربية السعودية (فؤاد أبو حطب ، ١٩٧٩) ، الذي اشتمل على عينة من ٤٩٣٢ مفحوصاً ومفحوصة تتراوح أعمارهم من ٨ سنوات إلى ٣٠ سنة فما فوق . وقد ميز المقياس تمييزاً جيداً بين المستويات الدراسية المختلفة ، فضلاً عن أنه ارتبط بعدد آخر من مقاييس الذكاء ، وبالتحصيل الدراسي وكلها مؤشرات تدل على صدق هذا الاختبار في البيئة العربية .

اختبار الرسم لجودانف وهاريس
Goodenough-Harris Drawing Test

أعدت جودانف *(Goodenough, 1926)* مقياس رسم الشخص سنة ١٩٢٦ كاختبار للذكاء ولم يكن بصورته الأولى المبكرة يتطلب أكثر من رسم رجل على قطعة من الورق الأبيض . وفي سنة ١٩٦٣ ظهر تعديل جديد شامل باسم اختبار الرسم لجودانف وهاريس . بهدف الامتداد بالمقياس الأصلي بحيث يغطي أعمار تبدأ من الطفولة حتى المراهقة . ويتطلب التعديل الجديد المعدل أن يرسم الطفل أيضاً صورة لامرأة . وأعدت معايير أمريكية لمقياس رسم الشخص (الرجل)و (المرأة) على ٣٠٠ طفل من كل مستوى عمري ابتداً من سن ٥ سنوات حتى ١٥ سنة .

ولتصحيح هذا المقياس أعدت استمارة خاصة تشتمل على ٧٣ فقرة يمكن توافرها في الرسم . ويمكن تسجيل المفردات التي ترد في رسم أي مفحوص بيسر بالاستعانة بنماذج التصحيح . حيث يقوم المصحح بوضع علامة (✓) أمام رقم كل فقرة إن وجدت في رسم الفحوص . تحسب الدرجة الكلية في الاختبار بعد العلامات التي يسجلها المصحح .

وقد قامت تقنينات متعددة في البيئة العربية لمقياس جودانف الأصلي في مصر ، والسودان ، والكويت ، ولبنان ، واليمن (يمكن الإطلاع على تقرير شامل للدراسات العربية على مقياس جودانف في تقرير تقنين اختبار رسم الرجل ، مركز البحوث التربوية والنفسية جامعة أم القرى ١٩٧٩) .

أما اختبار جودانف هاريس فقد أجرى تقنين شامل له في مصر ، (غنيم ، ١٩٧٦) ، والسعودية (مركز البحوث التربوية والنفسية ، ١٩٧٩) وقد أجريت الدراسة المصرية على ١٩٥١ طفلاً وطفلة من المدارس الابتدائية المختلفة وحسب الثبات بطريقة إعادة الاختبار فتراوح بين ٨٤ر. ، ٩٨ر. للأعمار المختلفة . وفي حساب الصدق تبين وجود معامل ارتباط بمقياس بينيه *Binet* يتراوح من ٨٠ر. إلى ٨٤ر٠ في العينات المختلفة . وارتبط المقياس بالتحصيل الدراسي ارتباطاً دالاً يمتد من ٤٢ر٠ ، ٨١ر٠ وكذلك ميز المقياس بين مجموعتين من المتخلفين عقلياً والأطفال العاديين تمييزاً دالاً عند مستوى ٠١ر٠ وبشكل عام فإن الدراسة المصرية تشير إلى أن اختبار رسم الشخص اختبار ثابت وصادق ويصلح للاستخدام في البيئة العربية لقياس الذكاء .

أما الدراسة السعودية فقد استخدمت عينة تقنين من ٢١٦٧ تلميذاً وتلميذة من بينهم ١٠٩٤ ذكور ، ٨١٧ إناث من المدارس الابتدائية والإعدادية بمكة المكرمة والطائف بالإضافة إلى ٢٥٦ طفلاً وطفلة في مرحلة الحضانة ورياض الأطفال . وتراوحت أعمار عينات التقنين من ٣ سنوات إلى ١٥ سنة وتعطى الدراسة السعودية معايير لكل هذه الأعمار . وتكشف عن معاملات دالة على صدق المقياس بطريقة صدق المفردات ، والتمييز بين الأعمار المختلفة والارتباط بمقياس المصفوفات المتتابعة كمقياس مقنن للذكاء في البيئة السعودية . وعموماً تشير النتائج إلى دلالات جوهرية من كل هذه المعاملات كعلامة على صدق مقياس رسم الرجل وصلاحيته لتقدير الذكاء في المجتمعات العربية (مركز البحوث التربوية والنفسية ١٩٧٩) .

اختبارات قياس الاضطراب في الوظائف العقلية ومصادر الذهان

يحتاج الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى مقاييس تساعده على التمييز بين الأذهنة العضوية والأذهنة الوظيفية . وقد رأينا أن من أحد الأسئلة الرئيسية التي يطلب من الأخصائي النفسي العامل في المجالات الإكلينيكية والطبية أن يجيب عنها هي التمييز بين الأمراض العقلية ذات المنشأ الوظيفي (فصام – اكتئاب ... الخ) وتلك التي تكون ذات منشأ عضوي (ذهان الشيخوخة ، الإدمان ، التلف في مراكز المخ ... الخ) وتوجد لحسن الحظ مجموعة من الاختبارات والمقاييس التي تساعد على ذلك يمكن إجمال أهمها فيما يلي :

١ – اختبار بندر – جشتالت .

٢ – مقياس المتشابهات *Similarities Subscale* المشتق من مقياس وكسلر للذكاء .

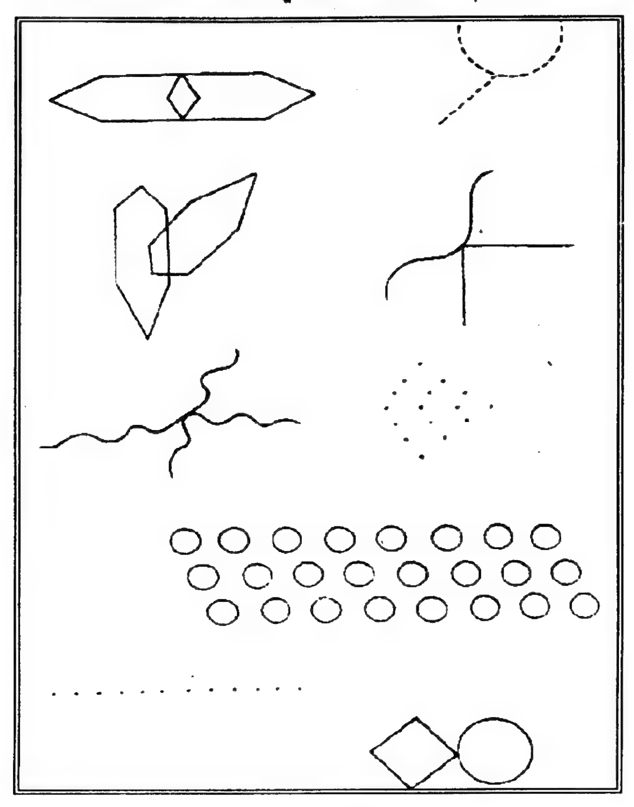
٣ – اختبار تذكر الأشكال *Memory - For - Design Test* .

٤ – بطارية هالستد – رايتان *Halstead-Reitan Battery* .

اختبار بندر جشتالت (للضبط الحركي) :

يتكون هذا الاختبار من مجموعة الأشكال الهندسية البسيطة التي ابتكرها علماء مدرسة الجشتالت لدراسة العوامل الصيغية المساهمة في الإدراك الحسي أي العوامل المساهمة في تفسير مجموعة من المنبهات على أنها صيغ إدراكية متكاملة . وقد قامت لوريتا بندر *(Bender, 1938)* بتعديل هذه الأشكال لدراسة العوامل الوراثية والعضوية المسئولة عن الانضباط الحركي في إعادة رسم هذه الأشكال بدقة أو بدون دقة (تشويهها).

ولهذا سرعان ما أصبح هذا الاختبار من المواد الرئيسية والأدوات التشخيصية الهامة في علم النفس الإكلينيكي منذ ذلك الحين. (Gilbert, 1969)



نماذج من بطاقات اختباربندر جشطالت

يتكون الاختبار من تسعة أشكال هندسية بسيطة (مثلاً دائرة متصلة بمربع نقاط مصفوفة بطريقة خاصة ، دوائر صغيرة موضوعة بطريقة هندسية ... الخ) . يطلب من الشخص أن يعيد رسم هذه الأشكال على قطعة عادية من الورق (الكوارتر) ، بعد النظر إلى كل شكل بمفرده ، ويرى جيلبرت *(Gilbert, 1969)* أن اختبار بندر جشتالت بالرغم من بساطة تطبيقه وتعليمات إجرائه قد أدى إلى نتائج مذهلة في ميدان التشخيص الإكلينيكي فمن جهة تبين أن تطبيق المقياس لا يثير مخاوف الحالات ، ولا يثير تهديداً نفسياً كما في غيره من الاختبارات ، فضلاً
عن بساطة تعليماته والموضوعية والوضوح في تصحيحه . وتبين من جهة أخرى أن أداء الفئات الإكلينيكية في رسم هذه الأشكال يختلف فيما بينها ، مما يجعل من المقياس أداة تشخيصية جيدة (أنظر نماذج من الأشكال التي يتضمنها المقياس)

ويتطلب تفسير الدرجات الانتباه إلى عدد من الخصائص والمؤشرات الهامة في الرسوم التي ينتجها الشخص مثل : الأحجام إن كانت أصغر أم أكبر من الشكل الرئيسي ، والمسافة بين رسمين ، وموضع الرسم هل هو في وسط الصفحة أم في أحد الأركان ، وتدوير محور الرسم ، والقدرة على رسم الزوايا الحادة ، والتداخل بين عناصر الرسم الواحد ، والتقاطع بين الخطوط .... إلخ) .

ويعتبر اختبار بندر جشتالت أداة هامة للتمييز بين أنواع الذهان الوظيفي والعضوي ، وربما يعتبر من أكثر الاختبارات شيوعاً لتقدير التلف العضوي *(Willis, and Paine, 1971 Lubin,)* وقد تبين بشكل عام أن المصابين بالأمراض الذهانية نتيجة لتلف المخ عادة ما يستغرقون وقتاً أطول ، وتشيع في رسومهم الأخطاء الادراكية الدالة على التدهور مثل :

التدوير ، وصعوبات التقاطع بين الخطوط ، وتجزئة الشكل بحيث يبدو الرسم ناقصاً أو مفككاً ، وإعـادة الرسم عـدة مرات ، ونقص التناسق الحركي .

ولهذا تستخدم هذه العلامات - إن وجدت - كمؤشـر على الإصابة بالتلف العضوي في المخ (Phares, 1979) . إلا أن بحوثاً أجرى بعضها في مصر ، (Soueif and Metwally, 1961) وبعضها في أمريكا (e.g. Malony and word, 1976) تبين أن قدرة المقياس على التمييز القاطع بين فئات الذهان الوظيفي والعضوي أمر مبالغ فيه . ولهذا يمكن النظر إلى هذا الاختبار - في أحسن الأحوال - كوسيلة بسيطة وسريعة للتمييز بين الفئات الإكلينيكية المختلفة ، لكن ليس وسيلة نهائيـة أو قاطعة في تحديد العوامل العضوية في المخ المرتبطة بالذهان العضوي .

اختبار تذكر الأشـكال :

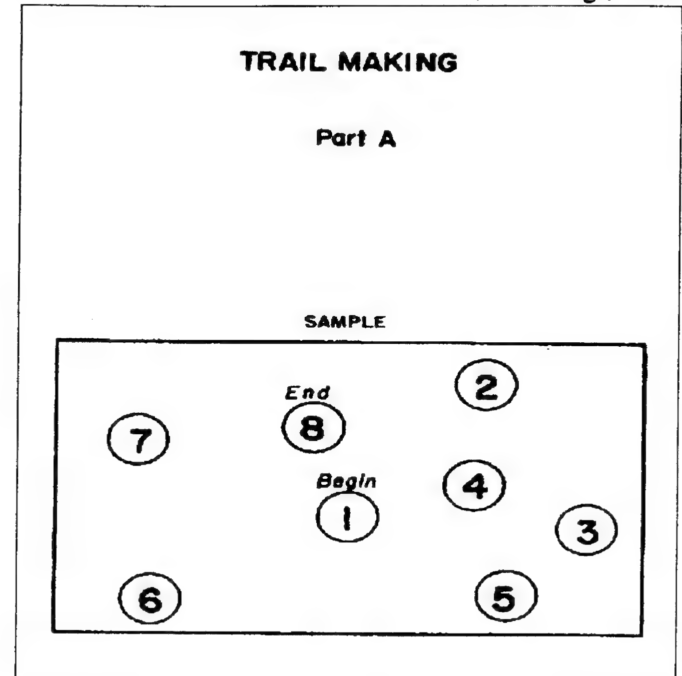
وضع كل من جراهام وكندال سنة ١٩٦٠ (Graham and Kendal, 1960) هذا الاختبار ليصبح بعد ذلك من بين أشهر عشر اختبارات تستخدم في الميدان الإكلينيكي لتشخيص حالات التلف العضوي . ويتكون المقياس في صورته النهائية من ١٥ بطاقة على كل بطاقة منها شكل هندسي . وتعرض كل بطاقة منها للحالة لمدة خمس ثوانٍ ويطلب بعد ذلك مباشرة رسمها من الذاكرة .

وتستخدم في تصحيح المقياس موضوعية للكشف عن جوانب الدقة أو التشويه الذي يحدث عند إعادة الرسم . ويصلح هذا الاختبار لتقدير التلف العضوي العام لدى الأطفال (من ٨٫٥ سنة فأكثر) وللبالغين على السواء (أنظر أمثلة للأشكال التي تضمنها اختبار تذكر الأشكال) .

اختبار توصيل الحلقات :

نشر هذا الاختبار أساساً من قبل الجيش الأمريكي سنة ١٩٤٤ (Reitan and Davison, 1974) ويتكون من شكلين / الشكل (أ) و يتكون من مجموعة من الدوائر في كل منها رقم يبدأ من (١) إلى (٢٥) ويطلب من الشخص أن يصل الدوائر بترتيب أرقامها ثم يحسب زمن الانتهاء من ذلك بالثواني . والشكل ب وهو يتكون من مجموعة من الدوائر بعضها يحتوي على أرقام من (١) إلي (١٣) وبعضها تشتمل على حروف أبجدية تبدأ من (A) إلى (K) ، ويكون المطلوب من الشخص وصل الدوائر بترتيب الأرقام والحروف معاً (مثلاً من " ١ " إلى " ١٢ (إلى " ٣ " .... الخ) ، ويحسب الزمـــن لذلك .

والدرجة الكلية على هذا المقياس هي عبارة عن مجموع الزمن الذي يستغرقه المفحوص للقيام بالعملية على الشكلين أ ، ب . معاً وتبين الدراسات الأمريكية (Reitan and Davison, 1974) إن الشكل(أ) يفشل في تمييز ٢٣% فقط من المرض العضويين ، بينما تقل هذه النسبة في حالة الشكل (ب) لتصل إلى ١٥% وهي نتيجة جيدة بشكل عام .



مثال اختبار توصيل الحلقات بترتيب الأرقام للتمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي الشكل (أ)

اختبار توصيل الحلقات بترتيب الأرقام للتمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي الشكل (ب)

بطارية رايتان - هالستد Reitan-Halsted Batterch :

تهدف اختبارات التمييز بين الذهان الوظيفي والعضوي فيما يرى ساندبرج وزملاؤه (Sundberg, et. al., 1974, P. 274) لمعرفة الخصائص السلوكية المصاحبة لبعض أنواع التلف في الجهاز العصبي المركزي . وبهذا يقسم " ساندبرج " وزملاؤه اختبارات تمييز التلف العضوي إلى نوعين أساسيين : مقاييس متعددة الأوجه تهدف إلى تحديد التلف في جوانب متعددة من الجهاز العصبي المركزي ، ومقاييس أحادية الوجه أي تهدف إلى تحديد منطقة أو جانب واحد من التلف العضوي . وتنتمي اختبارات بندر - جشتالت ، وتذكر الأشكال إلى النوع الثاني . أما ما يعرف ببطارية رايتان - هالستد فهي تنتمي إلى النوع الأول من المقاييس .

وقد نما في السنوات الأخيرة استخدام هذه البطارية لأنها تعتبر من أكثر البطاريات شمولاً لتمييز مناطق تلف الجهاز العصبي . وتتكون من ٧ اختبارات : اختبار الفئة Category Test ، اختبار الالتحام المتقطع Flicker fusion test ، اختبار الأداء اللمسـي ، اختبار الإيقاع ، اختبار إدراك الأصوات ، اختبـار ذبذبـة الأصابع Finger Oscillation Test .

وقد وضع كل اختبار من الاختبارات السابقة لقياس التلف في جانب معين من المخ والجهاز العصبي ، حيث تستطيع اختبارات البطارية في مجموعها التمييز بين الاضطرابات العضوية الراجعة لتلف الفص الجبهي والاضطرابات الراجعة لتلف بعض المراكز العصبية (Reitan and Davison, 1974) .

وهناك ما يشير إلى أن تطبيق هذه الاختبارات لا يحتاج بالضرورة إلى خبرة مكثفة ، إذ يمكن لأخصائي نفسي إكلينيكي عادى أن يطبقها ويفسر نتائجها بمفرده . فضلاً عن أنها تقوم على أساس نظري جيد في فهم وتفسير

التلف العضوي . إلا أن تطبيق هذه البطارية يحتاج لوقت طويل قد يستغرق يوماً بكامله أو أكثر .

ويذكر فارس (Phares, 1979) أن ما يقرب من ٩٠% من البحوث التي أجريت باستخدام هذه البطارية تثبت نتائج إيجابية على فاعلية هذه البطارية في تمييز الأمراض الذهانية ذات المصدر العضوي . وهي نسبة تدعو للتفاؤل .

ونظراً لأن كفاءة هذه البطارية في تحديد مدى تدخل العوامل العضوية في التدهور العقلي ذات وزن كبير ، فإننا نوصي من جانبنا أن يعكف علماء النفس الإكلينيكي والأطباء النفسيون على تقنين مثل هذه البطارية في البيئة العربية .

اختبارات الشخصية :

يحتاج الأخصائي النفسي - الإكلينيكي في كثير من الأحيان إلى معرفة الجوانب الانفعالية والدافعية للحالات التي تعوده . وهنا يلجأ لاستخدام اختبارات الشخصية ومن المعروف أن هناك العديد من اختبارات الشخصية ، ولهذا فإن مسألة اختبار أحد اختبارات الشخصية ليست أمراً سهلاً بل يجدها الممارس الإكلينيكي أمراً بالغ التعقيد .

وبالرغم من وجود العديد من الاختبارات التي قد أعدت لتقدير بعض الوظائف الانفعالية ، والدافعية والاجتماعية في الشخصية ، فإنه يمكن معالجتها باختصار تحت فئات رئيسية هي :

أ - استبيانات الشخصية .
ب - الأساليب الإسقاطية .

جـ – الأسـاليب السـلوكيـة .

استبيانات Questionnaires الشخصية :

الاستبيان أو الاستخبار هو عبارة عن مجموعة من الأسـئلة التي تعطى للفرد أو مجموعة من الأفراد للإجابة عنها بطريقة معينة بهدف الحصول على بعض الحقائق الرئيسية عن شخصيته وسماته الرئيسية ، ومشاعره ، وانفعالاته في الماضي أو الحاضر .

ومن أشهر استخبارات الشخصية استخداماً في الحقل الإكلينيكي استخبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesotta Multiphasic Personality Inventory (MMPI) واختبار أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory (EPI) . وتنبع أهمية هاتين الأداتين للبيئة العربية بشكل خاص لأنهما من الأدوات التي ترجمت وقننت على كثير من الفئات في المجتمع العربي . ولهذا نورد فيما يلي كلمة عن كل منها .

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

يعتبر هذا الاختبار من أضخم اختبارات الشخصية المعروفة لنا في الوقت الحاضر ، إذ يتكون من ٥٦٦ سـؤالاً وضعها العالمان الأمريكيان " هاثاوى " و " ماكنيلي " (Hathaway and McNelly, 1940) من جامعة مينسـوتا الأمريكية .

ويأتي هذا الاختبار على قمة الاختبارات الأخرى من الشخصية من حيث عدد البحوث والدراسات التي أجمعت عليه في العالم فهي تصل الآلاف (Hares, 1979, P. 250 P-) ويحصي بعض الباحثين حتى سنة ١٩٧٤ فقط مايزيد عن ستة آلاف دراسة أجريت على هذا الاختبار (Gynther and Gynther, 1976, P. 207) وفي مصر قام لويس كامل مليكه ، وعماد الدين إسماعيل وعطية هنا (١٩٥٩) باقتباس وترجمة هذا الاختبار وتقنينــه في البيئة

المصرية . وصدر له تقنين آخر في المملكة العربية السعودية (فايز الحاج ، ١٩٨٠) .

ويهدف هذا الاختبار أساساً إلى تصنيف الفرد بحسب إجاباته إلى فئات الاضطراب السيكياترية المعروفة كما سنرى . وقد جمع المؤلفان الأمريكيان الأصليان بنود المقياس بالرجوع إلى اختبارات الشخصية السابقة وإلى التقارير الإكلينيكية عن الحالات ، وإلى خبراتهما الشخصية ، في ميدان الصحة العقلية ، (Phares, 1979, P.250)

ويتكون المقياس من ٥٦٦ سؤالاً يطلب الإجابة عنها بفئة من الفئات الثلاث الآتية : صواب - خطأ - لا أعرف .
قد وضع كل بند منها على أساس قدرته على التمييز بين إحدى الفئات الإكلينيكية المعروفة والعاديين وذلك بطريقة المجموعات المتعارضة . فمثلاً لم يكن مقياس الاكتئاب يتضمن إلاّ العبارات التي تبين أن المكتئبين (بحسب تشخيصاتهم السابقة من مصادر أخرى) يجيبون عنها بطريقة تتعارض مع إجابات العاديين وهكذا بالنسبة لمقاييس الفصام ، والهستيريا والانحراف السيكوباتي.. إلخ .
ويتكون اختبار مينسوتا من عشرة مقاييس فرعية يطلق عليها المقاييس الإكلينيكية لأنها تهدف لتحديد مدى تشابه الفرد بفئات التشخيص الإكلينيكي المختلفة ويتكون المقياس كذلك من ثلاثة مقاييس صدق لقياس اتجاه المفحوص نحو الاختبار وتحديد مدى صدقه أو كذبه في الإجابات .

أولاً : المقاييس الإكلينيكية :

١ - توهم المرض Hypochondriasis (Hs) :

وهو يقيس مدى الانشغال الزائد بوظائف الجسم والقلق على الصحة دون مبرر ، وهو يتكون من ٣٣ عبارة .

٢ – الاكتئاب Depression (D) :
ويتكون من ٦٠ عبارة لقياس النظرة المتشائمة للحياة والمستقبل ، ومشاعر اليأس والنقص ، والانشـغال الدائم بالموت ، وبطء عمليات التفكير ، وانخفاض مستوى النشاط وهي الخصائص التي تبين أنها تميز استجابات مرضى الاكتئاب ، والذين يعانون من حالات الذهان الدوري .

٣ – الهستيريا Hysteria (H) :
وتشير عبارات هذا المقياس الـ ٦٠ إلى اســـــتخدام الاســـــتجابات التي تصدر عن المرضى المصابين بعصاب الهستيريا التحولية ، وذلك كاستخدام الشكاوى الجسمية كوسيلة للهروب من المسئولية ، والتهرب من المسئوليات ، والتصرفات الانفعاليـة المضطربة وكثـرة الكلام .

٤ – الانحـراف السيكوباتي Psychopathic deviation (Pd) :
ويقيس هذا المقياس بعباراته الـ ٥٠ مدى شيوع التصرفات الجانحة والخارجة عن العرف والتقاليد ، والوقوع في مشكلات مع القانون نتيجة للعجز عن الاستفادة من الخبرة وضعف الاستبصار بما هو صواب أو خطأ .

٥ – الذكورة / الأنوثـة Masculinity-femininity (Mf) :
وضع هذا المقياس للتعرف على ملامح الشخصية المرتبطة بالاضطراب الجنسي ، أي اضطراب الدور الذكرى (عند الذكور) أو الأنثوي (عند الإناث) . ولهذا نجد أن عباراته الـ ٦٠ تتعلق بقياس مدى الوقوع في الانحرافات الجنسية والشذوذ والميول الأنثويـة عند الذكور ، والميول الذكرية القوية عند الإناث .

٦ – البارانويا Paranoia (Pa) :

ويتكون هذا المقياس من ٦ عبارات تقيس الصورة الإكلينيكية للبارانويا ويتميز المرضى في هذه المجموعة بالتشكك ، والحساسية الزائدة وهذيانات الاضطهاد والعظمة .

٧ - السيكاثينيا Psychasthenia (Pt) :
ويتعلق هذا المقياس بتقدير خصائص تنتمي لأعصبة القلق والمخاوف المرضية والوساوس ، وعباراته ٤٨ .

٨ - الفصام Schizophrenia (Sc) :
يتضمن ٧٨ عبارة لقياس جوانب من السلوك تميز المرضى الذهانيين والفصاميين بفئاتهم غير المتجانسة وذلك مثل الأفكار الغريبة والسلوك الشاذ ، والهذيانات والهلاوس ، واللامبالاة ، والقسوة .

٩ - الهوس الخفيف Hypomania (Ma) :
نمط الشخصية الذى وضع هذا المقياس ذى الـ ٤٦ عبارة لقياسة هو الاضطراب الوجدانى المعروف باسم الهوس الخفيف كما يتمثل في ثلاثة جوانب هي : النشاط الزائد غير الموجه ، الاستثارة الدائمة ، وسيطرة الأفكار المتطايرة والمفككة .

١٠ - الانطواء الاجتماعي Social introversion (Si) :
يتكون هذا المقياس من ٧٠ عبارة تقيس الرغبة في الانزواء وتجنب الاتصال الجماعي بالآخرين .

ثانياً : مقاييس الصدق (الاتجاه نحو الاختبار) :
من المشكلات التي تواجه استخدام استخبارات الشخصية هو إمكانية تزييف الاستجابة عليها من قبل المفحوص ، فالبعض قد يحاول أن يكذب في الاستجابة بهدف إعطاء صورة جيدة عن نفسه ومرغوبة اجتماعياً ، والبعض قد يكذب بإعطاء صورة سيئة مبالغ فيها بهدف لفت الانتباه ،

والحصول على العطف والبعض قد تأتي استجاباته مختلفة عن حقيقته بسبب الإهمال ، وسوء الفهم ، والتعلق بأسلوب استجابة معينة " بنعم " أو " لا أعرف " بغض النظر عن فحص محتوى العبارات ولهذا توجد بهذا الاختبار أربعة مقاييس تسمى مقاييس الصدق للمساعدة على ضبط تدخل مثل هذه العوامل في الإجابة هـــي : –

١ – مقياس ؟ :
والدرجـــة فيه هي عدد العبارات التي يتركها المفحوص دون إجابة والمرغوب فيه أن تكون هذه الدرجـــة أقل ما يمكن .

٢ – مقياس الكذب (ل) (Lie scale (L scale :
ويشتمل هذا المقياس على ١٥ عبارة إذ أجاب عنها المفحوص بنعم ، فإنها تشير إلى اتجاه للظهور بمظهر المقبول اجتماعياً ، ولهذا تعبر الدرجة المرتفعـــة على هذا المقياس عن تحريف الإجابة بهدف الظهور بمظهر مقبول .

٣ – مقياس الصـــدق (ف) F scale :
وهو يتكون من ٦٤ عبارة يندر الإجابة عنها بالصورة التي تصحح بها ، وتدل الدرجة المرتفعة على انخفاض في صدق إجابات المفحوص بسبب الإهمال وعدم الفهم . أو الرغبة في الظهور بمظهر غير سوى .

٤ – مقياس التصويب (ك) K scale :
إذا كان مقياس (ف) السابق يعبر عن تحريف مقصود في اتجاه الظهور بمظهر مريض وغير سوى ، فإن مقياس " ك " يحتوى على ٣٠ عبارة تقيس أيضاً اتجاه المفحوص نحو الاختبار ، ولكن في مسار مختلف ، فالدرجة المرتفعة في هذا المقياس تعبر عن محاولة الظهور بمظهر سوي ، بينما تعبر الدرجة المنخفضة من " ك " عن استعداد الشخص للكشف عن أعراضه وإظهـــار النفس بمظهر غير سوى .

الاستخدامات الإكلينيكية للاختبار:

لما كانت المقاييس الأصلية التي يتضمنها الاختبار قد أعدت للتنبؤ بفئات التشخيص الإكلينيكي المعروفة ، فإن الاستخدامات المبكرة للاختبار كانت تعني بالنظر إلى درجات كل مقياس على حده ، بحيث إذا ارتفعت كان من الممكن التنبوء بوجود اضطراب يتلاءم مع طبيعة المقياس . وهكذا كان يمكن الوصول إلى تشخيص فارق كالفصام أو البارانويا ، أو الاكتئاب إذا ما ارتفعت درجات المقاييس الممثلة لكل فئة .

إلا أنه اتضح فيما بعد أن الأمر ليس بهذه البساطة ، فقد يحصل شخص عادى أو عصابي على درجات مرتفعة على مقياس الفصام دون أن يكون في حياته كذلك.

لهذا سرعان ما اتجه الاهتمام إلى النظر للشكل الكلي ، أو أنماط توزيع الدرجات على جميع المقاييس ، لأنها أكثر دلالة من الدرجة على مقياس واحد . وهكذا تبين أن هناك ثلاثة أنماط رئيسية متمايزة يمكن تفسيرها على النحو الآتي :

النمط العصابى أو ما يسمى بالثالوث العصابى Neurotic triad ، ويشير إلى الارتفاع في مقاييس ثلاثة هي توهم المرض ، والاكتئاب ، والهستيريا ، أما النمط الذهانى (الثالوث الذهانى) Psychotic triad فيدل على وجود ارتفاع في مقاييس الفصام والبارانويا ، والهوس الخفيف . أما الاضطرابات السلوكية ، أو الجنوح فتتمثل في ارتفاع الدرجات على مقاييس الانحراف السيكوباتي ، والفصام ، والهوس الخفيف مع احتمال ارتفاع الدرجة على مقياس الذكورة – الأنوثة .

هذا ونظراً لكثرة بنود الاختبار وتداخلها وما يثيره ذلك من ملل وتعب أو تشتت انتباه ، فقد جرت محاولات لوضع صورة مختصرة في

الاختبار تتكون من البنود الـ ٣٧٥ الأولى منه إلى جانب سبعة بنود إضافية من مقياس (ك) . وسميت هذه النسخة بالصورة المختصرة ، وهي تنتج عن حذف البنود التي لا تصحح ، ويمكن بوساطتها استخراج جميع المقاييس الإكلينيكية ماعدا مقياس الانطواء الاجتماعي (عبد الخالق ، ١٩٨٠ ، ص ٣١٥) .

تعليق عام على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه :

لقي هذا الاختبار اهتماما واسعا من قبل الممارسين الإكلينيكيين والباحثين في علم النفس . ولعل أكبر نقاط قوته تكمن في قدرته على التشخيص الفارق لكثير من الحالات بدرجة كبيرة من الموضوعية، وبشكل يعين على التشخيص الدقيق ، وتقدير جوانب الخطر في الشخصية ، وتوليد الفروض ،ولكن بقدر ما لقي الاختبار من اهتمام ، بقدر ما لاقى من النقد ، فمن ناحية تبين أن ارتباط المقاييس الإكلينيكية بالتشخيصات السيكاترية يكون أحياناً ضعيفاً جداً لدرجة تقلل من قيمة الاختبار كأداة تشخيصية وتنبؤية .

ونجد من ناحية أخرى أن كثيراً من الخدمات الإكلينيكية كالعلاج النفسي أو السلوكي تتطلب تحديداً نوعياً دقيقاً لمشكلات الشخصية وجانب قوتها وهذا ما لا يفيد فيه اختبار الشخصية المتعددة الأوجه بسبب اعتماد واضعوه على التشخيصات السيكياترية العامة ، والجوانب المرضية من الشخصية .

فضلاً عن هذا فهناك ما يشير إلى أن بعض المقاييس ذات ثبات منخفض وأن عينة التقنين الأصلية (حوالي ٧٠٠ راشد) عينة غير كافية ، ولا تمثل المجتمع تمثيلاً جيداً . وهناك أيضاً ما يشير إلى أن تقسيم المقياس إلى جزأين هما مقاييس التصحيح ، والمقاييس الإكلينيكية أمر لا يقوم على أساس موضوعي بدليل أن التحليلات العاملية التي أجريت باستفاضة على هذا

الاختبار بينت أنه من الممكن – نتيجة للارتباطات المرتفعة جداً بين المقاييس – أن تختزل العوامل الرئيسية في هذا الاختبار إلى عاملين رئيسيين هما القلق والكبت عند ولش Welsh ، أو العصابية والانبساط عند أيزنك (للمزيد عن تقييم هذا الاختبار أنظر : عبد الخالق ١٩٨٠ ، Anastasi, 1976; Gynther and Gynther, 1976; Phares, 1979) .

وسيظل لهذا الاختبار مع ذلك قيمته كأداة سيكولوجية هامة ويبدو أن السبب الرئيسي لذلك كما لاحظ هاثاوأي (Hathaway, 1972, P. 22) هو قدرة هذا الاختبار على إعطـاء وفرة كبيرة من المعلومات عن الشخص في أقصر وقت وبأقل التكاليـف.

الصورة الثانية من اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه :

تعد الصورة المنقحة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجـه ٢ من أحدث صور اختبارات الشخصية وأكثرها دقـة وشـمولا ، حيث أجريت بعد ما يقرب من أربعين عاماً من صدور النسخة الأصلية وأضيفت تعديلات وتحسينات على هذه النسخة . وتضم هذه النسخة عددا من المقاييس الجديدة التي يمكن استخراجها من بنود الاختبار مثل مقياس إساءة استخدام المواد المخدرة والمسكرات وانخفاض تقدير الذات ، والمشكلات الأسرية ، والعجز الوظيفي في العمل واضطرابات الأكل واضطراب الهوية الجنسية ، والكبت والغضب والميل للسخرية والاستهزاء ، والسلوك الانتحاري ، والقلق ، والسيطرة والمسئولية ، واضطراب التوافق في الجامعـة ، والعدائيـة ، والضبط، ومقاييس أخرى .

وتتكون الصورة المنقحة من ٥٦٧ عبارة شملت معظم الفقرات الأصلية وفقرات جديدة ، كما رتبت الفقرات بحيث يمكن أن يستجيب للفقرات الـ (٣٧٠) الأولى ، أن تصحح على أساس هذه الفقرات فقط كل مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية الأخرى ، وتشكل الفقرات الـ (

٣٧٠) الصورة المختصرة من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (٢).(مليكه ١٩٩٧) (Butcher et. al., 1989) .

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه - الإصدار الثاني

بعد مراجعة النسخة الأمريكية للاختبار على مستوى العبارات والمعايير ، لوحظ عدم مناسبة الاختبار للبيئة العربية نظراً للاختلاف الثقافي مما دفع عبدالله عسكر وحسين عبدالقادر(٢٠٠٤) لإعداد الاختبار ليتناسب مع الشخصية العربية وحساب الصدق والثبات والمعايير على عينة عريضة من الناطقين بالعربية وإعداد العبارات التي شارك فيها عدد من العلماء والمتخصصين في ميدان علم النفس الإكلينيكي ، وكان الهدف الأساسي هو الوصول إلى أعلى مستوى من الصدق وخاصة الصدق التمييزي الذي يفرق بين فئات الاضطرابات المختلفة والأسوياء .

التعريف بالاختبار :

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه الإصدار الثاني أداة من أدوات التقرير الذاتي التي تستخدم للفحص العام للشخصية في معظم أحوالها ويعطي نتائج مفيدة في ميدان التشخيص والتطور العلاجي والتغيرات الطارئة مرتبطة بالمعايير الحديثة في ميدان علم النفس الإكلينيكي ، فضلاً عن استخداماته في ميدان السواء واختيار القادة وانتقاء الأفراد وتوجيههم في الميدان المدني والعسكري وفي الميدان الأكاديمي والجنائي وغيرها من الميادين التي تتطلب الفحص النفسي الشامل .وهذا الإصدار متوفر فقط في برنامج على أسطوانات ليزر .

التعريف بالمقاييس

أولاً : المقاييس الأساسية .

نظراً لضيق مساحة العرض في مثل هذه المؤلفات فلسوف نعرض لمسميات المقاييس ويمكن للقارئ أن يهتدي بالوصف السابق للإصدار الأول أما المقاييس الفرعية الجديدة فسنعرضها بالتفصيل فيما يلي :

مقاييس الصدق
١ - مقياس عدم الإجابة ؟
٢- مقياس الكذب L
٣- مقياس الخطأ أو عدم التواتر F
٤-مقياس التصحيح K
المقاييس الإكلينيكية :.
١- مقياس توهم المرض HS
٢- مقياس الاكتئاب D
٣- مقياس الهستيريا HY
٤- مقياس الانحراف السيكوباتي P D
٥- مقياس الذكورة / الأنوثة MF
٦- مقياس البارانويا PA
٧- مقياس السيكاثينيا PT
٨- مقياس الفصام SC
٩- مقياس الهوس الخفيف MA
صفر - مقياس الانطواء الاجتماعي SI

التعريف بالمقاييس الفرعية:

مقياس القلق A

ويتكون من ٣٩ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى احتمال معاناة الفرد للقلق وعدم الارتياح وبطء في إيقاعه الشخصي، متشائم ، متبلد غير عاطفي وخامل ، كما يبدي كثيراً من مشاعر الخجل والانعزال ، ويفتقد الثقة في قدراته ومهزوز ومتردد ومكفوف ومقيد ، وقد يكون اندفاعياً يلقي باللوم على الآخرين على ما يعانيه ، ويفتقد التوازن في المواقف الاجتماعية ويقبل ويتحمل السلطة لدرجة الخضوع ، مع كثرة الشكوى والقابلية للإيحاء مع الحذر والحرص مع اتصافه بالبرود ، ويصبح مرتبكاً ومنهاراً وغريب الأطوار إذا واجهته ضغوط ، ولا يقبل بارتياح على التغيير من خلال العلاج النفسي "أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى احتمال أن تكون لديه معاناة لبعض أعراض القلق والخجل وعدم الأمان ."أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى كون الشخص"يبدو متوافقاً ، ولا يبدي مظاهر القلق ويوصف بالطلاقة اللفظية والمهارات الاجتماعية.

مقياس الكبت R

ويتكون من ٣٧ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "احتمال أن يكون الشخص مقموع لاشعورياً ، ولا يبدي الاستعداد لمناقشة مشكلاته ويتصف بالتباطؤ والمثابرة التي لا تعرف الملل شديد الإنكار ويحتفظ بأسراره لنفسه ويعيش حياته بحرص وحذر ، وإذا كانت الدرجة على مقياس القلق مرتفعة فإن الشخص يبدو مقيداً ومحاصراً بهمومه ."أما الدرجة في المدى المتوسط "ربما يميل إلى إنكار مشاعره ومشكلاته في بعض المواقف ،أما الدرجة في المدى المنخفض "شخص أكثر وضوحاً وقادر على مناقشة المشكلات الحالية ويفهمها ، ومنفتح في علاقاته الاجتماعية ويتصف بالصراحة والهدوء ."

مقياس قوة الأنا Es

ويحتوى على ٥٢ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "شخص لديه القدرة على مواجهة الكروب والضغوط الموقفية ، ولا تكون لديه أمراض نفسية مزمنة ، ومستقر وواقعي ويتحمل المسئولية ، وواضح ومحدد ، ولديه قدر من الثقة بالنفس والمهارات الاجتماعية ولماح وآمن واستقلالي ويتعامل بمهارة مع الآخرين وقادر أن يكسب الآخرين في صفه ، ولديه اهتمامات يستطيع أن يطورها ، ويسلك سلوك الرجال إذا كان ذكراً ، وعدائي تجاه السلطة وقادر على المنافسة ، ويطلب المساعدة إذا احتاج إليها لمواجهة مشكلاته ، ويمكنه أن يتحمل أسلوب المواجهة في جلسات العلاج النفسي."

وتشير الدرجة في المدى المتوسط إلى"سواء الشخصية و لديه قدر من القدرة على التحكم في انفعالاته وقدر من الثقة بالنفس ومقبول من الآخرين وقدر معقول من الاهتمامات والأنشطة." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلي"شخص يعاني من عدم القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة ، وقد يعاني من اضطرابات نفسية مزمنة ، ويفتقد للمهارات الاجتماعية ولا يقبل على العلاج النفسي ولا يكون عند مستوى المسئولية ."

مقياس سوء استعمال العقاقيرALC

ويتكون من٤٩ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "احتمال وجود حالة من تعاطي الخمور والعقاقير ذات التأثير النفسي. وإذا كان الشخص ممن يتعاطون مثل هذه العقاقير تكون الدرجة المرتفعة صادقة ، ويتصف مثل هذا الشخص بالإنبساطية ، والاستعراضية ، ويكون قد مر بخبرات إغماء ولديه صعوبة في التركيز في الأعمال الذهنية ولديه تاريخ مع المشكلات السلوكية سواء في المدرسة أو مصادمات مع القانون ، ولديه ثقة بالنفس والاعتزاز بها ، كما يستمتع بالمنافسة والمخاطرة أو المجازفة ."أما الدرجة في المدى المتوسط "احتمال أن يكون أسلوب حياته دافعاً إلى تعاطى المخدرات أو الخمور. وتشير إلى أنه :"شخص يعرف أن المشكلات النفسية هي الدافع وراء تعاطى المخدرات والخمور ."

أما الدرجة في المدى المنخفض "لا توجد لديه خبرة بتعاطي المخدرات ، معتدل في سلوكه وليس لديه مشكلات سلوكية أو مصادمات مع القانون ولا يميل إلى الاندفاعية أو المخاطرة ."

مقياس الإدمان الصريح

ويتكون من ٣٩ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى"احتمال اعتراف الشخص بتعاطيه للعقاقير والمواد المخدرة ولديه مشكلة مع الإدمان ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى أن الشخص"ربما سبق له تعاطى المخدرات والخمور على سبيل التجربة ولكنه لم يستمر في التعاطي ." أما الدرجة في المدى المنخفض "شخص ليس لديه مشكلة إدمان أو إذا كان من المتعاطين فإنه قد ينكر سلوكه الإدماني ، وقد يكون في حال امتناع عن التعاطي ."

مقياس الإدمان الكامن APS

ويتكون من١٣ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى "شخص يتشابه مع متعاطي المواد ذات التأثير النفسي (خمور ومخدرات وغيرها) ، كما تشير إلى

اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع حيث يتصف بالعدوانية والمخاطرة ، والتخريب ، والاندفاعية ، والصدام مع القانون. أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال وجود استعداد نفسي للإدمان فقد يستعين بالمخدرات أو الأدوية النفسية للتغلب على مشاكله . أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "عدم وجود استعداد نفسي للإدمان ولا يتشابه مع الشخصية المضادة للمجتمع .

مقياس الخلافات بين الأزواج MDS

ويتكون من١٤ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى معانات الزوج لخلافات زواجية حادة أو مشكلات في العلاقات الشخصية المتبادلة مع الزوج أو الزوجة أو الأبناء والآخرين . وبالنسبة لغير المتزوجين فإنها تشير إلى صعوبات في العلاقات الأسرية مع الأبوين والعلاقة بالآخرين." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى أن"لديه خلافات بسيطة مع زوجته أو مع أفراد أسرته ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أنه "لا توجد خلافات زوجية لديه وهناك اتساق العلاقات الشخصية والأسرية المتبادلة لدى الأشخاص غير المتزوجين ."

مقياس الضبط الزائد – العدائية O - H

ويتكون من ٢٨ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "شخص يظهر درجة عالية من الضبط لنزعاته ومشاعر الغضب مع شعوره بالاغتراب عن المجتمع ، وينكر الأعراض النفسية على الرغم من أنه قد يبدي مظاهر ذهانية . ولكنه متصلب لا يظهر قلقه ، ولديه حاجة شديدة للتفوق . واعتمادي ، ويتصف بالصدق وآداب السلوك . ولديه أسرة تدعمه ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "شخص قادر على السيطرة على عدوانه ."أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص غير قادر على ضبط نزعاته العدائية وغضبه ، وكثير الشكوى ولا يشغله الصدق وآداب السلوك ."

مقياس السيطرة D O

ويتكون من٢٥ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "شخص قادر على أن يتحمل مسئولية أفعاله ، واثق من نفسه ومن قدراته ، ويعالج المشكلات

بأسلوب واقعي ، ولديه القدرة على التغلب على المشكلات التي تواجهه ، ولديه القدرة على اختيار الطريق المستقيم ، مؤكد لنفسه ومعتز بها ومتفائل ."
أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "شخص لا يكشف عن نواياه العدوانية ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص يسلم أمره للآخرين ، ويغلب عليه العجز والاعتماد على الآخرين في حل مشكلاته ولا يتصف بالتفاؤل ."

المسئولية الاجتماعية R E

ويتكون من٣٠ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "شخص لديه اهتمام كبير بالأمور الأخلاقية ولديه حس قوي للعدالة ، ويقدر نفسه بصورة عالية ويرفض التمييز والمحاباة ولديه الثقة بالنفس ويثق في العالم المحيط به، ويتصف بالأمانة ، ويضع لنفسه ضوابط فيما يتحمله من أعباء ومسئوليات ."
أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "شخص لديه قدر من القدرة على تحمل المسئولية ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "احتمال أن يكون شخص لا يهتم بالأمور الأخلاقية ، متحيز ، غير أمين ، لا يثق في العالم المحيط به لأنه يفتقد الثقة في نفسه

سوء التوافق الأكاديمي M T

ويتكون من٤١ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى"احتمال أن يكون الشخص غير فعال ومتشائم ومماطل أو يؤجل أعماله وقلق ومتزعج ويشكو من أعراض جسمية حينما يتعرض للضغوط ، ويشير بأن حياته صعبة معظم الوقت ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "احتمال أن يكون لديه قدر من التشاؤم والانزعاج ومستواه الدراسي أو أداءه في العمل متوسط ."

أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الشخص "لديه القدرة على التوافق الأكاديمي قادر على التحصيل مواظب على الدروس لا يشكو من أعراض جسمية كلما واجهته الضغوط، ويشعر بالرضا عن تحصيله وحياته .

مقياس الدور الجنسي للذكور والإناث G M – G F

ويتكون من٤٧ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "شخص مؤكد لهويته الذكرية والثقة بالنفس والتحرر من المخاوف والانزعاج ." أما

الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن" الشخص لديه بعض المشكلات المتعلقة بالجنس والدور الجنسي ."

أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "احتمال اضطراب الهوية الجنسية والدور الجنسي ."

مقياس الدور الجنسي G F

ويتكون من٤٦ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "شخص يتصف بالعفة الجنسية الشديدة . وقد يميل إلى تعاطي الخمور والعقاقير المخدرة.ويبدو ميال إلى السيطرة ولا يستطيع السيطرة علي انفعالاته وأمزجته ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "يبدو راضياً عن دوره الجنسي .أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص مؤكد لهويته الجنسية .

مقياس ك لاضطرابات ما بعد الصدمة P K

ويتكون من٤٦ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "احتمال وقوع الشخص في محنة عاطفية شديدة مع أعراض القلق واضطراب النوم والشعور بالذنب والاكتئاب ، وقد تطارده أفكار مزعجة ويخشى أن يفقد قدرته على ضبط عواطفه وأفكاره ويشعر بأن الآخرين لا يفهمونه ويسيئون معاملته ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال أن تكون لدى الشخص بعض المشكلات النفسية والقلق البسيط ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "احتمال أنه لم يمر بمحنة عاطفية وليس لديه أعراض القلق ولا يشعر بالذنب أو الاكتئاب ولا تطارده أفكار مزعجه ونومه طبيعي ."

مقياس شلنجر لاضطراب ما بعد الصدمةP S

ويتكون من٦٠ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "احتمال معاناة الشخص لاضطرابات ما بعد الصدمة ، فقد يطارده الحادث الصدمي من صور وأفكار مع وجود أحلام مزعجة مرتبطة بالصدمة مع شعور الفرد بالارتباك لمجرد ظهور أي شيء يذكره بالصدمة مع الشعور بالتوتر والغضب ونقص في التركيز وزيادة في الحذر والاحتراس والاستجابة المبالغ فيها للأمور المزعجة ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال معاناة الشخص بعض الأعراض المرتبطة بصدمة أو حادث ." أما الدرجة في المدى المنخفض

فتشير إلى أن الشخص "لديه استقرار ، ولا يعاني من تذكر الصدمات التي حدثت له ، ولديه القدرة على الاسترخاء والهدوء ويتعامل مع الأحداث بصورة عادية ."

مقياس الخجل / الوعي بالذات S I 1

ويتكون من٦٠ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "أن الشخص يشعر بالخجل والقلق وعدم الارتياح في المواقف الاجتماعية قليل الكلام في المواقف الاجتماعية مع نقص ثقته بنفسه ، ويتنازل أو ينسحب من المواقف بسهولة ، ويرتبك لأتفه الأسباب ."أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال أن يرتبك في المواقف الاجتماعية الحساسة ." أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص يبادر بالتواصل الاجتماعي مع الآخرين لبق ومتكلم وتسهل مصادقته ، ولديه الثقة بالنفس ولا يتخلى بسهولة عما يريد."

مقياس التجنب الاجتماعي S I 2

ويتكون من١٤ عبارة وتشير الدرجات المرتفعة إلى "أن الشخص يميل إلى العزلة ولا يفضل أن يكون مع الجماعة أو في الزحام ، ويتجنب الاحتكاك بالآخرين "أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال أنه يفضل الوحدة على الوجود في جماعة ."أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى "شخص يتميز بالاجتماعية ويستمتع بوجوده مع الناس ، ويبادر بعمل علاقات اجتماعية مع الآخرين ."

مقياس الاغتراب عن الذات والآخرين S I 3

ويتكون من٨ عبارات وتشير الدرجات المرتفعة إلى"احتمال أن يفتقر الشخص إلى تقدير الذات الإيجابي ، ولا يهتم بعمل أو المشاركة في الأنشطة التي يجب أن يمارسها مع شعوره بعدم القدرة على تغيير أحوال حياته ويترك أموره للآخرين كي يسيروا حياته ." أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "شخص يعاني من بعض الصعوبات في تسيير حياته ." أما الدرجة في المدى

المنخفض فتشير إلى "شخص يقدر نفسه تقديراً إيجابياً ، ومشارك وفعال ، ويستطيع أن يغير نمط حياته إلى الأفضل ."

مقاييس الصدق الفرعية

مقياس T R I N: عدم تجانس الإجابة بين نعم ولا

"تشير الدرجة المعيارية ٨٠ إلى أن الصفحة النفسية غير صادقة ربما يكون قد أجاب عن كل الأسئلة بنعم أو بـ لا ."أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال أن تكون الصفحة النفسية محرفة أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الصفحة النفسية صادقة .

مقياس V R I N: عدم اتساق الإجابات

تشير الدرجات المرتفعة إلى "عدم اتساق الاستجابات والصفحة النفسية غير صادقة."أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال تحريف الصفحة النفسية ."أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الصفحة النفسية صادقة .

مقياس الخطأ - للصفحة الخلفية F B

ويحتوى على ٤٠ عبارة وتشير الدرجة المرتفعة إلى أن "الصفحة النفسية غير صادقة. وتوجد مقاومة للتطبيق وربما تشير إلى تحريف الإجابة لطلب المساعدة كونه يحمل اضطرابا عميقاً أما الدرجة في المدى المتوسط فتشير إلى "احتمال تحريف عدد بسيط من الإجابات أما الدرجة في المدى المنخفض فتشير إلى أن الصفحة النفسية صادقة .

تقنين الاختبار

حسبت معاملات الصدق والثبات على عينات عريضة من المجتمع المصري والعربي من الأشخاص العاديين ونزلاء عدد من مستشفيات الصحة النفسية الحكومية والخاصة وكانت معاملات الصدق والثبات عالية ، كما حسبت المعايير بالدرجات التائية المعدلة .

برمجة الاختبار

قام فريق من المبرمجين في ميدان الذكاء الاصطناعي بوضع خطة لبرمجة الاختبار بإشراف عبدالله عسكر وتنفيذ هانى الكمار ، حيث استغرق العمل فيه ٢٨ شهرا دفع بعدها للتجربة لثلاثة أشهر زمن التطبيق بالكمبيوتر من ٢٠ -٣٥ دقيقة يمكننا بعدها الحصول على ١ - منحنى المقاييس الأساسية وتفسيرها أو تحليلها ٢ _ منحنى المقاييس الفرعية وتفسيرها ٣- طباعة المنحنيات ٤- طباعة التحليل مع عمل نظم حماية لسرية المعلومات بكلمة مرور خاصة بالأخصائي أو القائم بالتطبيق،كما تحتفظ ذاكرة الاختبار بكل الحالات التي تكمل التطبيق ويمكن تطبيقه في جلسات متعددة طبقا لظروف الحالة حيث يبدأ التطبيق من حيث انتهى .

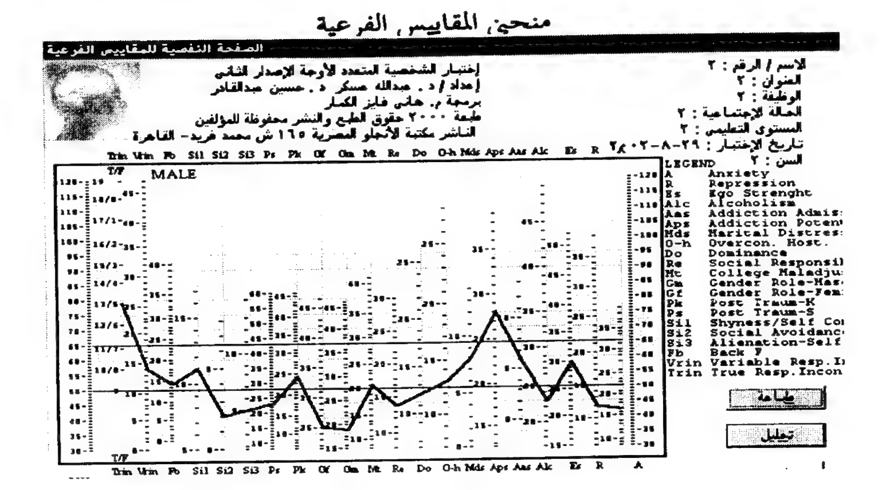
نافذة التطبيق

[5]

من السهل أن أستيقظ من نومي بسبب الضوضاء

نعم	لا	لا إجابة
السابق	التالى	قف

منحنى المقاييس الفرعية



اختبارات أيزنك للشخصية :

تعتبر اختبارات أيزنك للشخصية ثاني أهم مجموعة من الاختبارات الإكلينيكية المستخدمة في البيئة العربية ، وبالرغم من أن ترتيبها بين الأدوات الإكلينيكية في العالم أقل من ذلك .

وتوجد لأيزنك باللغة العربية ثلاثة اختبارات هي : -

١ - اختبار أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory (EPI) .

٢ - استبيان أيزنك للشخصية Eysenck Personality Questionnaire(EPQ)

٣ - اختبار أيزنك للشخصية بين الأطفال Eysenk Junior Personality Inventory .

وتعتبر الأداة الأولى نسخة محسنة متطورة من اختبار مودزلي للشخصية Maudsly Personality Inventory الذى وضعه أيزنك في فترة سابقة

بهدف ربط نظرية أيزنك بأبعاد الشخصية بدراسات علم النفس التجريبي والنظري ، وعلى أساس الكثير من الدراسات العلمية والتحليل العاملي لمجموعات مختلفة من البنود ، والتي استنتج أيزنك منها أن كل أداة في مجال الشخصية يمكن أن يشملها عاملان هما العصابية والانبســـــاط ولهمــــا أساس مووروث (Eysenck and Eysenck, 1975) .

وتقوم هذه الأداة بدور أساسي في علم النفس الإكلينيكي من حيث أنها تساعد على تمييز العصابيين عن العاديين وعن الذهانــيين وتتكون من صورتين متكافئتين (أ ، ب) تشتمل كل منها على (٧٥) ســؤالاً لقياس العصابية Neuroticism (٢٤ سؤالاً) والانبساط Extroversion (٢٤ سؤالاً) بالإضافة إلى مقياس للكذب (٩ أسئلة) . ويزعم المؤلفــان بناء على عدد كبير من البحوث أن التحديد الدقيق للمريض على بعدى العصابية والانبساط الذين يمدنا بهما هذا الاختبار ، يساعد على اختيار نوع العلاج الملائم له . وتفسير ذلك فيما بينت الدراســات هو أن من يحصل على درجــات مرتفعــة في العصابية ومنخفضة في الانبساط أي العصابي المنطوي يتميز بأنه سهل التطبيع ، وتضم هذه الفئــة المصابون بعصاب القلق والمخاوف المرضية ، والاكتئاب والوســواس القهري ، وهؤلاء يحتاجون لنوع مختلف من العلاج .

أما من يحصل على درجات مرتفعــة في العصابية ومرتفعــة في الانبســـاط أي العصابي المنبسط فهو شخص يصعب تطبيعــه ، وينطوى تحت فئة العصابي المنبسط عصاب الهستيريا ، وبعض حالات الاضطراب السيكوباتي ، ويحتاج أشخاص هذه الفئة لنوع من العلاج يختلف عن ذلك المستخدم مع فئات العصاب الانطوائى .

أما من حيث الخصائص السيكومترية لهذه الأداة فهي ذات ثبات مرتفع ويتراوح ثباتها في العينات الإنجليزية من ٧٥ر٠ إلى ٩١ر٠ (Eysenck and Eysenck, 1967) وثباتها في عينات مصرية يتراوح من ٦١ر٠ إلى ٨٩ر٠

(أنظر عبدالخالق ١٩٨٠ ، ص ٤١٥ ;Ibrahim, 1979) ويرتفع عموماً ثبات مقياس العصابية عن الانبساط في غالبية الدراسات العربية (المرجع نفسه ، ص ٤١٨) .

أما من حيث الصدق فقد أجريت دراسات أوروبية وأمريكية مستفيضة أسفرت عن معاملات صدق مرتفعة لما يحتويه هذا الاختبار عن مقاييس فرعية . وفي مصر كذلك أجرى عبد الخالق (١٩٨٠) دراسات مستفيضة على جماعات من الأسوياء وغير الأسوياء أسفرت عن تأييد إضافي لصدق هذه الأداة في الحضارة العربية فقد حصل العصابيون في مقياس العصابية على أعلى الدرجات تلاهم المساجين فتلميذات الثانوي . وحصل الأخصائيون الاجتماعيون من الذكور على أقل المتوسطات انخفاضاً ثم الأطباء ، فالمعيدات (عبد الخالق ، ١٩٨٠ ،ص ص: ٤٢٤ - ٤٣٨)

أما بالنسبة لمقياس الانبساط فقد كشفت دراسات عبدالخالق عن تقارب متوسطات جماعات التقنين بصورة أكبر مما هي عليه في مقياس العصابية ولو أن العصابيين يحصلون كما هو متوقع على أقل المتوسطات في هذا المقياس. (عبدالخالق ، ١٩٨٠، ص ص ٤٣٩ - ٤٤٦) .

وعموماً نجد أن هناك ما يشجع على استخدام هذه الأداة في الميدان الإكلينيكي في العالم العربي (أنظر أيضاً دراسات : غالي ، ١٩٧٥ " ، جابر ، فخر الإسلام ، دون تاريخ، السيد ، ١٩٧١ ، فراج ، ١٩٦٩ ، Ibrahim, 1979) وقد قام أيزنك وأيزنك (Eysenck and Eysenck, 1975) ، في السنوات الأخيرة بتعديل لاختبار أيزنك للشخصية ، يتمثل في وضع الأداة الثانية وهي استبيان أيزنك للشخصية . وأهم ما يميز هذا الاستبيان الأخير عن سابقه أنه يحتوى بالإضافة إلى مقاييس العصابية والانبساط والكذب التي يتضمنها الشكل المبكر يحتوى على مقياس جديد لقياس بعد الذهانية Psychoticism . كما يشتمل الاستبيان على مقياس إضافي للبعد الإجرامي Criminality في الشخصية يساعد على التنبؤ بالحالات السيكوباتية والجناح والعودة للإجرام . ويشير مصطلح الذهانية إلى خاصية في الشخصية ،

توجد بدرجات متفاوتة في الأشخاص ، وإذا ما وجدت بدرجة عاليـة ، فإنها تشير إلى القابلية لتطوير الاضطراب النفسي ، وإمكانية التحول إلى السلوك الذهاني .

وقد أجـرى حساب ثبات المقاييس الفرعية في اختبار أيزنك للشخصية بطريقة إعادة التطبيق في عينة مصرية (ن = ٥٤) فبلغت ٦٣ر٠ ، ٨٧ر٠ ، ٩٠ر٠ ، ٧٧ر لمقاييس الذهانية والانبساط والعصابية والكذب على التوالي ، وبطريقة الاتساق الداخلي بلغت معاملات الثبات المناظرة ٧٣ر ٠ ، ٩١ر٠ ، ٩٢ر٠ ، ٧٧ر٠ (عبد الخالق ١٩٨٠ ، ص ٤٨٩) .

أما بالنسبة لصدق المقياس في البيئة العربية فهناك مؤشرات متعارضة على صدقه فمن ناحية أجرى ابراهيم (Ibrahim, 1982) ، دراسة عاملية على ٢٤٨ طالباً بجامعة القاهرة وذلك باستخدام البنود الـ ٨٠ مع درجات المقاييس الفرعية الذهانية والانبساط ، والعصابية والميول الإجرامية ، فاكتشف بعض العوامل الرئيسية المناظرة للعوامل التي اكتشفت في عينات التقنين الإنجليزية الأصلية وذلك مثل العصابية ، والذهانية ، والانبساط ، وارتبط مقياس الميول الإجرامية Criminality بعامل للعداوة الهجاسية Paranoid hostility (Ibrahim, 1982) ومن ناحـيـة أخرى تـبين فـي دراسة مصرية أخرى (عبدالخالق ١٩٨٠) أن العصابيين يحصلون على متوسطات أعلى من الذهانيين على مقياس الذهانية ، وهي نتيجة لاتتفق مع النتائج الإنجليزية ، ولا مع منطق المقياس الذى من المتوقع أن يرتبط بالذهانية وليس بالعصابية . وقد ظهـرت نتيجـة مماثلة في الدراسة العاملية الأولى تشير إلى ارتباط مقياس الذهانية بمتغيرات تتسق مع أفكار ونتائج بحوث "أيزنك "، (Ibrahim, 1982) ، حيث تبين أن مقياس الذهانية يرتبط بعوامل إضافية هي الانبساط والعداوة الهجاسـية .

وعموماً فإن اختبارات أيزنك للشخصية ، ولو أنها تصلح جيداً للاستخدام الإكلينيكي في البيئة العربية فإن هناك مقياسـين فرعـين منهما هما الانبساط والذهانية يحتاجان لدراسات تفصيلية للمزيد من الكشف عن

صدقهما في التنبؤ بظواهر مماثلة لما يقيسه كل منهما . أما مقياس العصابية فهو بشكل عام مقياس جيد من حيث الثبات والصدق ونوصي من جانبنا باستخدامه في المجتمع العربي .

ولا نحتاج للخوض في اختبار أيزنك لشخصية الأطفال لأنه لا توجد حتى الآن دراسات عربية تمكننا من الحكم على صلاحيته كأداة إكلينيكية ونكتفي هنا بالدعوة إلى مزيد من إجراء دراسات عربية على هذه الأداة ، لأن الأدوات المستخدمة في المجالات الإكلينيكية بين الأطفال تعتبر في عمومها شديدة الندرة .

الاختبارات الاسقاطية

يرى البعض (مثال روتر ، ١٩٨٤ ، ١٢٢) أن استبيانات الشخصية والمقاييس الموضوعية لاتصل إلى الدوافع اللاشعورية ، وتركز على السمات السطحية والاتجاهات الشعورية ، ومن ثم بدأت بعض الاهتمامات تتجه إلى تصميم ما يسمى بالاختبارات الإسقاطية . ومفهوم الإسقاط يشير إلى أحد الأساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها مؤسس مدرسة التحليل النفسي سيجمند فرويد Freud وهو يشير إلى هروب الفرد من الدوافع غير المقبولة لديه مثل اتجاهاته السلبية العدوانية أو الجنسية نحو الآخرين بعزوها إلى الآخرين ذواتهم . ولا يختلف استخدام مفهوم الإسقاط في اختبارات الشخصية كثيراً عن ذلك . فالخاصية المميزة للاختبارات الإسقاطية هي أنها لا تحاول قياس الشخصية ومتغيراتها بأسئلة مباشرة، بل تقدم للشخص منبهات غامضة غير محددة المعالم (مثلاً: بقع حبر ، صور ، أشكال ناقصة ، جمل ناقصة)، ويطلب من الشخص أن يصف مايرى ، أو يكتب قصة ، أو يتخيل مايدور بين الأشخاص في الصورة ، أو أن يكمل جملاً ناقصة ... إلخ .. ومن المتوقع أن الشخص الذي يجيب عن هذه الاختبارات نظراً لطبيعتها غير المحددة سيسقط مشاعره واهتماماته اللاشعورية وميوله الشخصية

الدفينة ، واهتماماته وميوله ، ستسقط هذه الأشياء على المثيرات الغامضة التي تمثلها هذه الاختبارات (لازاروس ، ١٩٨١ ، ص ٢٤٢) .

وتوجد اختبارات إســقاطية تعتمد على الرسم ، فيطلب من الشخص أن يرسم نفسه ، أو أحد أفراد أسرته ، أو أن يرسم امرأة أو رجــلاً . واختبارات الرسم هذه تعتبر أيضاً من الأساليب الإسقاطية لأن انتفاء وجود رسم صحيح أو خاطئ ستجعل من رسوم كل شخص انعكاساً لمشاعره الخفية ، ودوافعــه العميقة واتجاهاته نحو موضوعات هذه الرسوم بصورة ظاهرة أو رمزيــة .

ومن أوسع الاختبارات الإسقاطية شــهرة واستخداماً اختبار بقع الحبر لروشارخ **Rorschach-Ink-Blot Test** ، وهو يتكون من ١٠ بطاقات على كل منها بقعة حــبر ، بعضها ملون ، وبعضها رمادى وأسود (أنظر نماذج من هذه البقع في الشكل التالي) . وقد اختار هرمان رورشــاخ مؤلف هذا الاختبار (Rorschach, 1945) ، هذه البقع بعد تجــارب طويلة . وعادة ما تعرض كل بطاقة على حدة ، ويطلب من الشخص أن ينظر إلى كل منها وأن يقرر مايدرك أو مايرى في هذه البقعة ، أو ماذا يمكن أن تكون ويسجل الأخصائي النفسي استجابات كل شخص على نحو دقيق ، وأن يحدد أماكن إدراكات كل شخص على بطاقة . وتحلل بعد ذلك الإجابات على نحو معروف.

وهناك طرق مختلفة في تفسير الاستجابات على اختبار الرورشاخ من أهمها طريقة كلوبفر وزملائه (Klopfer et. al, 1954 جلال ، ١٩٦٥) ، وهناك طريقة بيلاك (مليكــة ، ١٩٨٠) .

ومهما اختلفت أســاليب تصحيح هذه الاختبارات فإنها جميعاً تحلل كل استجابة من استجابات المفحوص وفق عناصر أربعــة هي :

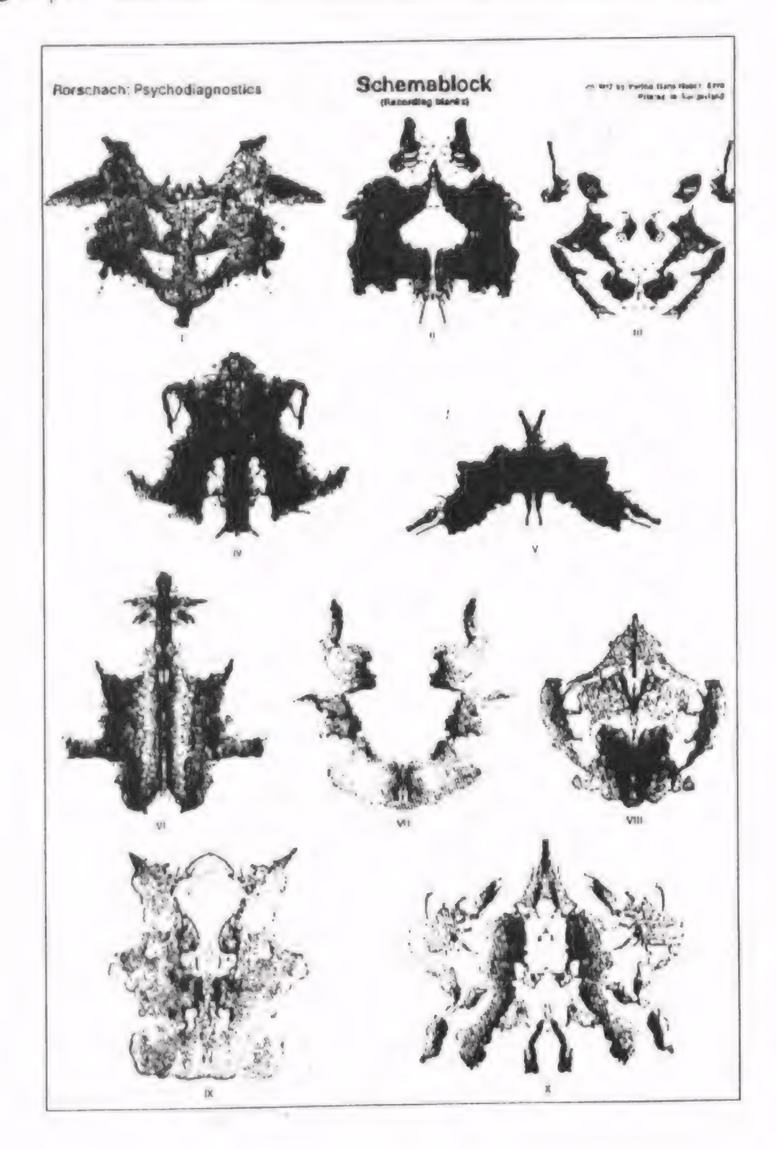
المكان **Location** أي مساحة البقعة المستخدمة : هل استخدمت كل البقعة ، أم أجزاء منها ، وهل استخدمت أجزاء وتفاصيل مختلفة .

المحددات Determinants : أي الأجزاء التي أثارت استجابة الشخص من حيث الشكل أو اللون ، الحركة ، أو الملمس ، أو الظلال ... الخ .

المحتوى Content : وتشير إلى طبيعة الموضوع الذي أدركه الشخص في تفاصيل البقعة هل هو حيوان ، أم إنسان ، أم صخور ، وسحب ، وملابس .. الخ .

الشيوع والأصالة Popularity Responses : أي مدى شيوع الاستجابة أو أصالتها ، ويعتمد تقدير هذا العنصر على مقارنة الاستجابة بالاستجابات الشائعة في الجمهور ،ويستخدم الرورشاخ بشكله وتفسيراته هذه كأداة تشخيصية . ويعتقد رورشاخ نفسه والمستخدمون لهذه الأداة أن الفئات التشخيصية المختلفة تتميز باستجابات محددة . فمثلاً تزداد بين العصابيين من فئات القلق استجابات اللون السالبة كالدم والحركة البشرية ، وتزداد لدى القهريين – الوسواسيين الاستجابات الدالة على التفاصيل الصغيرة ، والتحفظ، أما الفصاميون فتزداد بينهم استجابات الخلط ، وعدم التأكد ، وتناقص استجابات الحركة البشرية بينما تتزايد استجابات اللون والتظليل وإدراك المساحات البيضاء من الرسم .

وينظر كثير من العاملين بمجالات الشخصية والتشخيص الإكلينيكي بكثير من الحذر لاختبار رورشاخ ، فمن ناحية تبين الدراسات التي أجريت عليه بهدف اكتشاف معاملات صدقه أنه إما ضعيف أو مشكوك في قدرته على التنبؤ بالتشخيصات المختلفة والتحسن في الحالات الإكلينيكية . ودراسات الثبات تكشف بالمثل من انخفاض ملحوظ في ثبات الاختبارات الإسقاطية بشكل عام بما في ذلك الرورشاخ . ويعتقد فارس أن أفضل ما يمكن أن يصلح له الرورشاخ هو استخدامه كأداة للمقابلة الشخصية ، يمكن من خلال استجابات الأشخاص له اكتشاف الكثير عن شخصياتهم في التجاوب مع المقاييس النفسية ، وأساليبهم العامة في التفكير ، والقلق ، أو الشعور بالتهديد ... إلخ



صور من بطاقات الرورشاح

ومن الاختبارات الإسقاطية الهامة

اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test

والذى يرمز له باللغة الانجليزية بالحروف الثلاثة .T.A.T وهو من وضع هنرى موراي (Murray, 1943) بالاتفاق مع عدد من زملائه من جامعة هارفارد .

يتكون الاختبار من ٣١ بطاقة أحدها بيضاء دون صور ، وطبعت على كل بطاقة صور لأشخاص في مواقف اجتماعية مختلفة . وقد خصصت بعض البطاقات للاستخدام مع الذكور والإناث ، لكن بعضها الآخر لا يستخدم إلا مع الإناث أو الذكور وتعرض البطاقات على الشخص واحدة وراء الأخرى ، ويطلب منه أن يحكي قصة عن كل صورة معروضة تصف الأشخاص كما يراهم والمواقف التي جمعتهم والمشاعر والأفكار التي تسيطر على كل منهم ، ومشاعره الشخصية نحو كل منهم والنهاية أو الخاتمة التي سينتهون إليها . وعلى الرغم من أن الكثير من الصور تثير أنماطاً من الاتجاهات (بعض الصور تثير الاتجاهات نحو الوالدين أو نحو السلطة ، أو نحو الجنس ... إلخ) فإن هناك أيضاً تنوعات كبيرة في موضوعات القصة ومحتواها .

ومن المفروض أن تعكس القصص التي تقال أو تكتب عملية توحد بالأشخاص الرئيسيين في الصورة ، ومن ثم فإنها ستكشف عن أشياء تتصل بدوافع الشخصية وحاجاتها واتجاهاتها الرئيسية ، وصراعاتها ومصادر التهديد ، وأساليبها الدفاعية في مواجهة التهديدات المختلفة ... إلخ .

وتتعدد طرق تفسير القصص في اختيار تفهم الموضوع ، لكن الطريقة الأصلية "لموراي" تهدف إلى تحليل دقيق لكل جملة في كل قصة وتقدير على مقياس من ١ : ٥ لظهور عدد من الحاجات الرئيسية ، والدوافع اللاشعورية ، مثل الحاجة للأمان ، والإنجاز ، والحب ... إلخ . وتستطيع طريقة موراي فضلاً عن تقديرها للحاجات الرئيسية لدى الشخص أن تقدر هذه الحاجات

أيضاً من حيث شدتها أو استمرارها ، وتواترها وأهميتها بالنسبة للحاجات الأخرى في الشخصية.

والطريقة الثانية المتبعة في التصحيح هى طريقة بيلاك Bellak (مليكة ١٩٨٠ ، ص ٤٣٨ وما بعدها) . وهي تعتمد على تحليل كل قصة من حيث عدد من العناصر منها: الموضوع الرئيسي ، البطل الرئيسي للقصة ، الحاجات الرئيسية لدى البطل ، تصور العالم ، الصراعات ذات الدلالــة ، مصادر القلق وطبيعتــه ... إلخ .

ولا يبدو حال اختبار تفهم الموضوع أفضل من اختبار رورشـــاخ من حيث معاملات ثباته وصدقــه . فقد كشفت الدراسات (أنظر Korchin, 1976, pp. 246 - 247) ، التي لجأت إلى استخلاص معاملات الثبات بطريقة الإعادة أو التقسيم النصفي نتائج أقل من مقبولة . وبالمثل تكشف دراسات صدقه عن نتائج متضاربة ولو أنها عموماً لاتشجع على الاعتماد على اختبار تفهم الموضوع، ولهذا يعتقد أن اختبار تفهم الموضوع لايستطيع في أحسن الأحوال إلا أن يكشف عن تغير الحالة المزاجية من موقف إلى آخر ، لكنه أداة غير صالحة للاستخدام للتنبؤ بالخصائص الثابتة في الشخصية (Korchin, 1976, pp 247-248) .

إلا أنه قد أجريت دراسات عديدة للكشف عن مدى فعالية هذا الاختبار في التشخيص والتنبؤ ومنها دراسة (عسكر ١٩٨٧)، وغيرها ، حيث يعتمد صدق هذا الاختبار على ما يسمى بالصدق التفسيري وفقاً للمعايير الإكلينيكية مع معرفة موسوعية باللاشعور ، فهي تحتاج إلى خبراء أكثر مما تحتاج إلى ممارسين .





البطاقة رقم ٢ من اختبار تفهم الموضوع

٣ - ومن أكثر الأدوات الإسقاطيـة استخداماً بعد اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع اختبار **تكميل الجمل لروتر** **Rotter Incomplete Sentences Test** ، حيث يعطي الشخص عدداً من الجمل الناقصة مثل :

أشـعر ....

أغضـب عندما ....

أبـي ....

النسـاء ....

ويطلب من الشخص أن يكمل هذه الجمل ويفترض ، كما هو الحال في الاختبارات الإسقاطية الأخرى ، أن استجابات الشخص ستعكس تمنياته ورغباته ومخاوفه واتجاهاته نحو الموضوعات الرئيسية التي تمثلها هذه الجمل كالاتجاه نحو الجنس ، والوالدين ، والسلطة ، ..... إلخ (لازاروس ، ١٩٨١، روتر ١٩٨١).

وبالرغم من أن هذا الاختبار لم يصلح في التنبؤ ببعض مشكلات الشخصية ، فإن التقارير المتجمعة عن ثباته وصدقـه تعتبر أفضل بكثير من الرورشاخ وتفهم الموضوع ، ويزداد الثبات والصدق إذا استخدمت الأساليب الموضوعية في التصحيح (Sundberg, 1977, PP. 218-219) .

وعموماً فإننا باستثناء عدد محدود من الاختبارات الإسقاطية نجد أنه لا يجب الاعتماد عليها اعتماداً رئيسياً في الميدان الإكلينيكي . ونراها من ناحيتنا وفي أفضل الأحوال أساليب تساعدنا على تكوين العلاقات التمهيدية الطيبـة بالمرضى ، وإثارة اهتمامهم ، والحصول على انتباههم في البدايات الأولى . أما ماعدا ذلك فيجب الحذر في استخدام هذه الأدوات ، والنظر إلى الأحكام الناتجـة عنها فيما يرى " روتر " (روتر ، ١٩٨١ ، ص ١٢٦) على أنها فروض يجب أن نعالجها بحذر ، وندعمها بمعطيات أخرى ما أمكن .

المقاييس الموضوعية - اللفظية للسلوك

تعتبر قوائم تحليل السلوك ، وتقدير الجوانب السلوكية النوعية من الشخصية من أكثر الأساليب الحديثة التي وفدت إلى ميدان التقويم الإكلينيكي .

وبالرغم من أنها تعتمد على أرضية نظرية مختلفة هي نظريات التعلم والنظريات السلوكية ، فإنها قد لقيت اهتماماً كبيراً وترحيباً من العاملين بالحقل الإكلينيكي بسبب فائدتها العملية ، وموضوعية تطبيقها وتصحيحها ، ووضوح أهدافها.

وقد نشأت اختبارات تقييم السلوك مرتبطة بظهور العلاج السلوكي ، وكما يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل جوانب محددة من السلوك ، فإن الاختبارات السلوكية تهدف بدورها لتقدير جوانب محددة من السلوك بهدف قياس فاعلية العلاج قبل الخضوع له وبعد الخضوع له لتقدير مدى فاعليته .

وعلى عكس الاختبارات التي شرحناها في الأجزاء السابقة لا تهدف الاختبارات السلوكية إلى الوصول إلى التشخيصات الإكلينيكية المعروفة ، بل تهدف إلى جمع المعلومات الضرورية والمفيدة في التخطيط للعلاج المناسب ، والمشكلات النوعية الخاصة التي تحتاج للتعديل والعلاج .

واختبارات تعميم السلوك تتنوع لتشمل كل الجوانب السلوكية الهامة التي يجد المعالجون فيها أهمية رئيسية . ومن أكثر أدوات هذه الطائفة :

١ - اختبار تأكيد الذات لويلوبي Willouhby Neurotic Tendency Schedule
٢ - قائمة مسح المخاوف المرضية Fear Survey Schedule

٣ - قائمة تحليل صفات الاكتئاب Lubin's Depression Adjective Check List.

٤ - قائمة تحليل الصفات الوجدانية المتعددة Multiple Affect Adjective Check List.

ويســاعد اختبار تأكيد الذات لويلوبي Willoughby في اكتشاف جوانب العجز في التعبير عن الذات ، وتأكيد الحقوق الشخصية ، والثقة بالنفس في مواقف اجتماعية متعددة . ويتكون من ٣٠ بنداً قمنا بترجمتها للعربية سنة ١٩٧٩ (إبراهيم ، ١٩٨٣ ، ص ١١٩ ، ١٢٠) وبنوده عبارة عن أسئلة من هذا النوع:

- هل تحتج بصوت عالي إذا دفعك شخص لكي يتقدمك في صف أو طابور
- (نعــم ... لا) .
- هل تستيطع أن تعارض شخصاً مسيطراً (نعم ... لا) .
- هل تجد صعوبة في امتداح الآخرين أو تقريظهم (نعم ... لا) .

وقد اســتخدم المقياس بعد ترجمتــه في عدد من البحوث المحلية في مصر (أنظر الطيب ، ١٩ ، عبدالخالق ، ١٩٨٠) وتشير النتائج إلى ارتفاع ثباته ، وارتفاع صدقه ، مما يجعله أداة جيدة الاستعمال في الحدود التي أعد للاستخدام فيها .

وتعتبر قائمة مسح المخاوف من الأدوات السلوكية الموضوعية الهامة . وقد قام إبراهيم بترجمتها واستخدامها في عينات ليبية كجزء من تقنين لبطارية اختبارات نفسية وعقلية في المجتمع الليبي (إبراهيم ، ١٩٨٢) . وقد وضع ولبي Wolpe ولانج Lang هذه القائمة عام ١٩٦٤ ، وتتكون في الأصل من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة كالثعابين ، والأماكن المظلمــة ، والضيقة ،

والحديث بصوت عالي ، وقد أضفنا لها عدداً من البنود التي تبين لنا أنها ترتبط بالحياة في المجتمع الليبي وبهذا بلغت بنودها في الترجمة العربية ١١٠ بنداً .

وفي محاولة مستقلة قام عبدالخالق (عبدالخالق ، ١٩٧٧) بترجمة هذه القائمة وطبقها على أعداد مصرية كبيرة . وحسب معاملات ثباتها بطريقتي الإعادة والتقسيم النصفي فتراوحت من ٨٦ر٠ إلى ٩٦ر٠ ما يشجع على استخدام هذه الأداة في ميادين العمل الإكلينيكي والبحث في البيئة المصرية .

أما عن الصدق فقد طبقت قائمة مسح المخاوف مع مقياس العصابية من استبيان أيزنك وقائمة ويلوبي للميول العصابية على عينات من الذكور (ن = ٢٠٤) ، والإناث (ن = ٢٠١) ، وتشير النتيجة الكلية إلى وجود ارتباطات جوهرية للقائمة بمقاييس العصابية (عبدالخالق ، ١٩٨٤ ، ص ص ٣٢ : ٣٧) ، وقد ميزت الأداة بين الذكور والإناث عبدالخالق ١٩٨٤ ، ص ٥٢) ، وتضيف هذه النتيجة صدقاً إضافياً لهذه الأداة ، خاصة إذا علمنا أن الإناث يحصلن عموماً على درجات مرتفعة في القلق والعصابية في غالبية الدراسات العربية والأجنبية .

قوائم قياس الاكتئاب :

تهدف القوائم السلوكية في قياس الاكتئاب إلى تقدير جوانب نوعية محددة مرتبطة بأعراض الاكتئاب . ومن أهم الأدوات استخداماً في الوقت الحالي : قائمة الأوصاف الاكتئابية لليوبين Lubin's Depression Adjective Check List , واختبار بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory .

وتتكون القائمة الأولى (Lubin, 1966) من سبعة أشكال يتكون كل شكل منها من ٢٢ صفة إيجابيــة مثل منشــرح ، ومنطلق ، و ١٠ أوصاف سلبية مثل مكتئب منهار ، مهزوم ، جمعها ليوبين على أساس قدرة كل منها

على التمييز بين جماعات من المكتئبين ذكوراً وإناثاً وغير المكتئبين من الذكور والإناث .

وتبين دراسات ليوبين (Pehm, 1978, P.241) أن الأشكال السبعة ترتبط ببعضها ارتباطاً عالياً ، ويتراوح ثباتها بطريقة الاتساق الداخلي من ٧٩ إلى ٩٠ والثبات بطريقة التقسيم النصفي من ٨٢٠. إلى ٩٣ بين الأسوياء ومن ٨٦. إلى ٩٣ بين المرضى. وتكشف دراسات ليوبين عن أدلة عديدة على صدق قائمة الأوصاف الاكتئابية ، ولو أن ارتباط القائمة بمقاييس الاكتئاب الأخرى يعتبر متوسطاً .

وطور " زاكرومان " و " ليوبين " قائمة أخرى أطلقنا عليها قائمة وصف الوجدان المتعدد (Zuckerman and Lubin, 1965) Multiple Affect Adjective Check List وفكرتها تقوم على نفس الفكرة السابقة ولو أنها تزود الأخصائي بثلاثـة مقاييس لثلاثـة متغيرات هي: الاكتئاب ، والقلق ، والعداوة .

وكلا الأداتـان تتميزان بسـهولة التطبيق ، وقصر زمن الإجابة (٢/ ٢١ دقيقة للعاديين) ، ولأن كل منهما تتكون من عدد متنوع من الأشـكال ، فإنه يسـهل استخدامها في المجالات التي تتطلب تطبيقاً متكرراً كما في حالات العلاج النفسي .

وقد ترجـم عبدالستار ابراهيم وعطية هنا قائمة الأوصاف الاكتئابيـة بأشكالها الستة إلى العربية (عبدالستار ابراهيم وعطية هنا ، ١٩٨٠ ، غير منشورة) إلا أنه لا تتوافر بعد بيانات عربية تسمح بالتعليق والحكم على هاتين الأداتين في البيئة العربية .

أما اختبار بيك للاكتئاب : (Beck, 1972) ، فيتكون من ٢١ فقرة تعبر كل واحدة منها عن مظهر محدد من المظاهر التخصصية للاكتئاب .

وتتكون كل فقرة من أربعة جمل مرتبة ترتيباً تنازلياً من حيث مستوى شدة التعبير عن أحد الأعراض التي تعبر عنها الفقرة . ويطلب من الشخص أن يضع علامة على جملة واحدة يعتقد أنها تصف حالته في كل فقرة . وكتقويم لاختبار بيك نذكر أن ثباته بطريق الإعادة يصل من ٧٤ر٠ إلى ٧٥ر٠ (Pehm, 1978; Miler and Seligman, 1973) ، وكتقويم لصدقه ، وجد بيك (Beck, 1972) أن هناك معامل ارتباط يصل إلى ٧٤ر٠ بين درجات المقياس والتقييم الإكلينيكي لحالات الاكتئاب . وبالإضافة إلى هذا يذكر بيم (Pehm, 1978, P.240) نتائج أخرى تشير إلى إمكانية الحكم على هذا الاختبار بأنه ذو صدق جيد .

قائمة ويلوبي للميل العصابي :

أعد هذه القائمة ويلوبي سنة ١٩٣٤ وقام ولبي سنة ١٩٧٣ (Wolpe, 1973, P. 281) بإجراء تعديل عليها بحيث تصلح لقياس ردود أفعال القلق الدائم وغير التكيفي . وهي تتكون من ٢٥ سؤالاً مثل " هل تخاف من مواجهة الجمهور والتحدث إليه ؟ " يجاب علي كل سؤال منها علي مقياس من خمسة درجات يبدأ من صفر (لا ، مطلقاً) : حتى ٤ (دائماً ، طول الوقت) .

ويكشف ويلوبي عن معاملات ثبات مرتفعة بطريقتي الاتساق الداخلي والإعادة تتراوح من ٨٠ر٠ إلى ٩٠ر٠ في حالة الاتساق الداخلي و ٨٩ر٠ في حالة الإعادة . وتشير الدلائل المتجمعة من البحوث الأمريكية أن للمقياس صدقاً مقبولاً (Dustin, 1959, PP. 261 - 29) . قام عبدالخالق (١٩٧٧) بترجمة المقياس إلى العربية وحسب معاملات ثباته بطريقتي الاتساق الداخلي والإعادة ، فكانت ٨٨ر في الحالتين (عبدالخالق ، ١٩٧٧، ص ص ١٧ ، ١٩) ، كذلك حسب صدقه بطريقة الصدق العاملي على عينتين مستقلتين من الذكور (ن = ٢٠٠) والإناث (ن = ٢٠٠) ، وأثبت أن العامل الأول المستخرج لدى الجنسين كان بالفعل

عامــــلاً للعصــــابية . كذلك بين أن القائمة ترتبط ارتباطاً إيجابياً دالاً لدى الجنسين بمقياس العصابية لايزنك ، فضلاً عن أن الدرجــة على المقياس تميز تمــييزاً ناجحاً بين الأســوياء والعصابيين . وكلها مؤشرات على أن ثبات هذه القائمة وصدقها يعتبران مقبولين في الدراسات العربية كما هما مقبولان في الدراســات الأمريكيــة .

وتوجد بالإضافة للأدوات السابقة قوائم أخــرى لمســح المشكلات تستخدم كمســاندة للمقابلات الشخصية للمرضى ، ومن أهم القوائم المستخدمة في البيئة العربية قائمة كورنيل الطبيــة Cornell Medical Index التي تعطي مسحاً سريعاً لعدد متنوع من المشكلات الطبية والنفسية . وهي تتكون في صورتها العربية من ٨٢ بنداً لها معامــــلات ثبــــات وصدق مقبولة بشكل عام (الزيادى ، ١٩٦٩ ، ص ص ٢٠٦ - ٢٠٨) .

وعموماً فإن القوائم السلوكية قد ســاعدت على تطوير نظرتنا إلى عملية التشخيص ، وبهذا لم تعد التصنيفات الطبية التقليدية الهدف الرئيسي ، بل أصبح التحديد النوعي للمشكلة هو الهدف . قد أعان هذا التطور عملية التشخيص إلى إجراء المزيد من البحوث الدقيقــة عن فاعليــة أشكال العلاج النفسي والسلوكي وإذا كنا نعتبر البحث هو المحك الوحيد لصدق النظرية ، فإن التطور السلوكي بوســائل القياس والتقويم يعتبر تطــوراً ناجحاً للغايــة.
(Sundburg 1977 P. 168)

الخلاصــــة

يعتــبر استخدام المقاييس النفسية من أبرز الوظائف التي ترتبط بعمل الأخــصائي النفــسي الإكلينيكي . وتستخدم المقاييس النفسية والاختبارات لتقدير الوظائف المعرفية ، والتمييز بين الفئات المرضية المختلفة وتقدير سمات الشخصية وبنائها . ويعطــى هذا الفصل فكرة عن أهم الاختبارات الصالحة للاستخدام بشكل خاص في البيئة العربيــة ومن أهمها :

مقياس وكســلر لذكاء الراشــدين .

اختبار بينيه الصورة الرابعة لقياس الذكاء .

اختبار المصفوفات المتتابعــة .

اختبار الرســم .

اختبار بندر جشــتالت .

اختبار تذكر الأشــكال .

اختبار توصيل الحلقات .

اختبار رايتان – هالســتد .

اختبار الشخصية المتعدد الأوجه– الإصدار الثاني .

اختبار أيزنك للشخصية .

اختبار رورشــاخ .

اختبار تفهم الموضوع .

اختبار تكميل الأشكال .

اختبارات التقييم السلوكى للشخصي

الفصل الخامس

تكامل المعلومات الإكلينيكية وكتابة التقرير النفسي

الآن وقد توافرت للأخصائي النفسي الإكلينيكي معلومات وفيرة عن مريضه أمكنه جمعها من خلال ملاحظاته لسلوكه ، وتساؤلاته ، والاختبارات النفسية ، والسجلات ، يبقى أمام الأخصائي أن يعرض هذه المعلومات في صورة مفيدة للفريق الإكلينيكي ، أو الأسرة أو المؤسسات العلاجات الأخرى . وتسمى الطريقة التي يعرض بها الأخصائي هذه المعلومات باسم التقرير النفسي عن الحالة . وهي عملية ليست سهلة لأنها فيما يعرف الممارسون المهرة – تتضمن اختيارات وقرارات من جانب الأخصائي عن المعلومات التي سيعرضها أو تلك سيتجاهلها ، فضلاً عن ضرورة التنبه لحقيقة أن التقرير يخاطب أناساً ايسوا في غالب الأحوال من المتخصصين في علم النفس وما يجب أن يتضمن ذلك من أن تكون لغة التقرير ملائمة ومفهومة دون أن تتخلى عن الأساسيات العلمية والمعلومات المفيدة والموضوعية في فهم المريض وعلاجه .

ولهذا يجب أن يبدأ الأخصائي النفسي قبل كتابة التقرير بأن ينظم المعلومات المشتتة التي تجمعت لديه عن المريض من خلال مناهج التشخيص والتقييم المختلفة . ولهذا قد يجد الأخصائي النفسي أنه من الضروري أن يفحص المعلومات المتجمعة لديه ويعيد فحصها ووزنها بعناية قبل أن يصل إلى نتائجه النهائية وقبل أن يصوغ خلاصة أحكامه عن الحالة .

وعندما يتأكد أن معلوماته عن الحالة قد بدأت تتضح وتتكشف يكون من الضروري أن يتساءل عن الفكرة الرئيسية أو الهدف الرئيسي من التقرير .

فإذا كان التقرير سيكتب من أجل الوصول إلى تشخيص فارق ، فإنه يجب أن يتضمن معلومات ضرورية تتفق مع التشخيصات السابقة أو تختلف عنها . وإذا كان التقرير سيكون بهدف الإجابة عن مسألة قانونية أو دراسية فإن من الضروري الانتباه إلى أدلة واضحة تساعد على التنبؤ بسلوك الحالة ومقدار ما ستكون عليه من توافق معقول أو مرضي في المستقبل وفي المواقف التعليمية ، أو القانونية الخاصة المطلوب كتابة التقرير عنها .

ولما كان اهتمامنا هنا ينصب على كتابة التقرير الإكلينيكي الذي يكتب لأغراض تشخيصية أو علاجيــة ، فإننــا ســنعرض لأهم الجوانب التي ينبغي أن تتوافر في كتابتــه ، وأهم العناصر التي يتضمنها .

كتابة التقرير و عناصره :

بالرغم من الاتفاق النسبي بين علماء النفس الإكلينيكي على النقاط الرئيسية التي يجب أن يشتمل عليها التقرير ، كان من الضروري أن ننبه الأخصائي النفسي الإكلينيكي المبتدئ إلى أن التقرير الإكلينيكي يختلف عن تقارير البحث العلمي في ضرورة أن يعكس خبرة الأخصائي النفسي وحكمه وفهمه للحالة . ولهذا فمن الخطأ حشو التقارير بالنتائج والأرقام المتجمعة من المقاييس والاختبارات التي طبقت إلا إذا كان التقرير موجهــاً لأخصائي نفسي آخر في نفس ميدان التخصص (Sattler, 1974) يكفي كتابة ملخص ، بنتائج المقاييس الرئيسية أو الفرعية ، دون حاجة إلى إرسال أوراق الإجابة أو البروتوكولات الأصلية . ولنذكر أن التقرير موجه لشخص لا يلم بالمقاييس النفسية المتعددة في هذا المجال ولا يلم بمناهج تفسيرها .

وإذا توافرت لدى الأخصائي معلومات كثير لا علاقة لها بالموضوع الرئيسي للتقرير قد يكون من المفيد تضمين مغزاها الرئيسي في التقرير مع وضع التفصيلات في سجل المريض . هذا وسنعرض في ختام الفصل لعدد من التقارير النفسية النموذجيــة .

أهم النقاط التي يجب أن يتضمنها التقرير

المعلومات التشخيصية :

يرى فانريكان *(VanReken, 1981)* أنه لا يجب التقليل من شأن بعض المعلومات الضرورية التي توضع في مقدمة التقرير ولهذا يجب أن تتضمن هذه الفقرة معلومات عـــن :

- تاريخ كتابة التقريــر .
- اسم المريض وعنوانـــه .
- سن المريض أو تاريخ ميلاده .
- الحالة الاجتماعيــــــــة .
- الوضع المهني والمستوى التعليمي للمريض .
- مكان الفحص النفسي .

وينبغي على الأخصائي النفسي أن يحدد ما إذا كان يود أن يضع المعلومات السابقة في الفقرة الأولى من التقرير أو أن يضعها في شكلها السابق من خلال نقاط محددة .

الأشـياء التي يطلب مصدر الإحالة الإجابة عنها :

يكتب التقرير عادة بهدف الإجابة عن مشكلات إكلينيكية يطلب الآخرون من الأخصائي الإجابة عنها ، سواء كان هؤلاء أعضاء في الفريق الإكلينيكي في نفس المؤسسة أو غيرها ، أو قاضي محكمة ، أو مدير مدرسة أو هيئة تعليمية . فالتقرير النفسي يكتب عادة بهدف التواصل وتبادل المعلومات . ولهذا فيجب أن تتضمن الفقرة الأولى من التقرير السؤال الرئيسي أو المشكلة التي يريد مصدر الإحالة الإجابة عنها ... وفيما يلي نماذج لكيفية صياغة هذه الفقرة :

- أحيل المريض من قبل الطبيب النفسي لتحديد الصعوبات الانفعالية والفكرية ومصادرها لديــه .
- يهدف التقرير لتقدير المصادر الرئيسية المساهمة في مشكلاته .

- يهدف التقرير لتحديد أنجح الأساليب العلاجية التي تصلح مع هذا المريض في الوقت الحالي .
- يهدف التقرير إلى تحديد مدى خطورة الأفكار الانتحارية التي تتملك المريض في الوقت الحالي وما إذا كان سيكون خطراً على نفسه في المستقبل .
- تحديد مستوى الذكاء وإمكانية وضعه في فصول للتعليم الخاص .
- تحديد خطورة سلوكه الذهاني على الآخرين .
- أحيل المريض لتطبيق بطارية من الاختبارات العقلية بهدف البحث العلمي .

ويميل بعض القائمين بإحالة المرضى للفحص النفسي إلى تحديد أداة بعينها يطلب تطبيقها من قبل الأخصائي على المريض . وهذه ممارسة خاطئة من قبل المهنيين العاملين بالحقل الإكلينيكي ، ويحسن إذا جاءت إحالة للأخصائي النفسي بهذا الطلب أن يتم الاتصال بمصدر الإحالة وسؤاله عن المشكلة أو السؤال الرئيسي المطلوب الإجابة عنه ، وأن يترك للأخصائي النفسي أن يحدد الأداة الملائمة للإجابة عن المشكلة خاصة وأن غير المتخصصين في المجال عادة ما لا يكونا ملمين إلماماً جيداً بمزايا أو عيوب الاختبارات النفسية المتنوعة .

الاختبارات التي طبقت :

بعد تحديد المشكلة المطلوب كتابة التقرير عنها ، من المنطقي أن تبدأ في تحديد الإجراءات والأدوات التي استخدمت للإجابة عن المشكلة . وهنا يمكن وضع قائمة بالاختبارات التي طبقت على المريض أو غيرها من وسائل جمع المعلومات ، كالمقابلة الشخصية أو الرجوع للسجلات ، أو الملاحظات السلوكية . وبالطبع فإن هذه الفقرة كما هو واضح لا تقتصر بالضرورة على وضع قائمة بالاختبارات التقليدية مثل اختبار الشخصية المتعدد الأوجه أو وكسلر بلفيو ، بل يجب أن تمتد لتشمل أي وسيلة من الوسائل التي استخدمت في الإجابة عن السؤال الرئيسي كما سبق وأن أوضحنا .

وهناك خطر يجب التحذير منه عند الاعتماد على الاختبارات كمحك رئيسي للحكم على اضطرابات المريض وتشخيصه الفارق . فقد يكون الاضطراب الرئيسي أو المشكلة التي يطلب اكتشافها غير ممثلة تمثيلاً جيداً في المقياس المستخدم مما يدفع إلى الخطأ في التشخيص والحكم على الشخصية *(VanReken, 1981)* . ويزداد خطأ الاعتماد على المقاييس والاختبارات الشخصية إذا ما اعتمدنا عليها في مواقف غير طبيـة ، أي كطريقة للتوجيـه المهني ، أو الإرشاد النفسي في إحدى المدارس أو المصانع . وهناك أيضاً خطأ استخدام أداة فى غير موضعها كاللجـوء إلى اختبار " رورشاخ " لبقع الحبر وحده كمؤشر لتقدير الكفاءة العقلية الوظيفية لمريض معين ، أو الاعتماد على اختبار الشخصية المتعدد الأوجـه *MMPI* كأسلوب لتقدير الذهان العضوي بينما من المعروف أنه أداة جيدة لتشخيص أنماط الاضطراب العقلي والنفسي الوظيفيـة .

معلومات عامة عن الحالة :

يرى البعض أن العيب فى التقارير السيكولوجية بشكل عام أنها تركز على الشخصية وتتجاهل العوامل الاجتماعية والظروف العامة المحيطـة بها ، *(Bersoff 1971-1973)* لهذا فمن المهم التنبه إلى العوامل الموقفية والاجتماعية التي أحاطت بتكوين المشكلة حتى تكون تنبؤاتنا عن الحالة دقيقة واقتراحاتنا العلاجية واقعية . وقد يصبح التقرير سطحياً إذا خلى من التعرض للتاريخ الاجتماعي للمريض .

ومع ذلك فإن المعلومات التي يجب وضعها في هذا الجزء من التقرير أمر من الصعب تحديده لوفرة المعلومات المتجمعة ، ولاحتمال تكرار ما يرد في تقرير الأخصائي الاجتماعي . ومن الأفضل إذا أحس الأخصائي النفسي بأن هناك معلومات اجتماعية مهمة في تفسير المريض ، ولكنها قد تتضارب مع الوظيفـة الرئيسـية للتقرير النفسي ، أن يتحـادث مع الشخص الذى أحـال المريض بشأن هذه المعلومات أو أن يضعها في سجله للرجوع لها عند الضرورة .

إلا أنه من الضرورى في كل الظروف التعرض بصورة مختصر في هذا الجزء لموقف الحياة المباشر *current life situation* أي ؛ شكوى المريض المباشرة ، ووصفه للمشكلات التي دفعته لطلب العون الإكلينيكي أو الالتحاق بالعيادة ... ويجب أن يتضمن هذا وصفاً للخبرات بنوعيها الذاتي (الهلاوس أو الهواجس) والخارجي (إصابة بالرأس ، وفاة عائل .... إلخ) .

وتوضع في هذا الجزء من التقرير بعض المعلومات الدالة في حياة المريض *Life History information* كالوضع الأسرى ، والمستوى التعليمي وتاريخه ، والوضع المهني ، والخبرات الاجتماعية (العلاقة بالجنس الآخر ، الحياة الجنسية قبل الزواج أو بعده) ، والصحة الجسمانية كلها يجب أن تصاغ بطريقة تكشف عن علاقتها الأساسية في حياة المريض وتكون مشكلاته .

الملاحظات السلوكية :

توضع في هذا الجزء أى ظواهر أو ملاحظات خاصة بسلوك المريض كما استطاع الأخصائي النفسي أن يراقبها خلال المقابلات الشخصية وتطبيق الاختبارات . فمن المهم أن يلاحظ الأخصائي ويسجل في التقرير أشياء مثل : مدى تعاون المريض ، تشتته ، قدرته على التركيز ، رغبته في التحكم في الموقف ، ومدى استقراره أو سكونه الحركي خلال التطبيق أو اتجاهه للحركة الزائدة والقلق ، انفعالاته ، الخ) ، ومن الأفضل وضع هذه الملاحظات كأحداث سلوكية بدلاً من استخدام مصطلحات عامة كالقلق ، أو الاكتئاب . وإذا كان من الضروري استنتاج مثل هذه الأوصاف العامة فإنها يجب أن تكون بعد ذكر الأحداث السلوكية الدقيقة التي أدت إلى صياغة هذا الاستنتاج .

ويميل البعض إلى أن يحشو هذا الجزء بملاحظات سلوكية غير دالة لأنها قد تكون عادية أو شائعة لدى كثير من أفراد المجتمع . من المهم هنا أن نضع السلوك غير الطبيعي وغير المتوقع حدوثه من الحالة بشكل خاص ، لأن هذه الجوانب غير المتوقعة هى التي تكون شديدة الدلالة فى فهمنا لنتائج الاختبارات وتفسيرها .

على أن الملاحظات الموضوعة هنا يجب أن تكون منهجية ومنطقية . والشائع أن نبدأ بالملاحظات العامة عن سلوك المريض في بداية الاحتكاك بالأخصائي ثم ننتقل إلى رصد الملاحظات النوعية أو الخاصة باستجاباته لبنود الاختبارات أو رسائل التقييم ، ومن ثم نجد أن التقرير الجيد يتعرض لهذا الجانب بعبارات عن مظهر المريض ، وأسلوبه في الاتصال اللفظي وغير اللفظي ، وعلاقته بالقائم بالمقابلة واتجاهاته نحو الاختبارات ، واتجاهاته العامة نحو العمل أو الأسرة وتعاونه وطريقته في استخدام اللغة والتفكير ، استجاباته للفشل والإحباط . *(Inglis, 1978; Vanreken, 1981)*

تفسير النتائج :

يجب أن يتعرض هذا الجزء إلى نقاط رئيسية من أهمها الجوانب العقلية والوظيفية ، الجوانب المعرفية ، العمليات الانفعالية ، الدفاعات أو الحيل الهروبية التي يلجأ إليها المريض ، أنماط علاقاته بالآخرين ، ثم جوانب القوة والجوانب الإيجابية في الشخصية .

أول جانب يجب التعرض له هو وصف المستوى العقلي الفعلي والوظيفي ، خاصة إذا أملت ظروف الحالة استخدام مقاييس للذكاء . ويقصد بالمستوى العقلي الوظيفي الوضع الحالي لذكاء المريض أى الجوانب المستخدمة من ذكائه . أما الذكاء الفعلي فيقصد به الإمكانيات العقلية للحالة ، سواء ما هو مستثمر منها أو غير مستثمر . وإذا استخدم الأخصائي اختبارات لتقدير التدهور العضوى ، فإن نتائجها يجب أن توضع في هذا الجزء أيضاً .

والشائع أن يضع الفاحص هنا نسب الذكاء على ألا يكتفي بوضع النسب بل يجب أن يهتم بتفسير ما تعنيه هذه النسبة (أو النسب) في فهم شخصية المريض ، ومستواه العقلي بالمقارنة بمن هم في ظروفه . ومن المهم أيضاً ألا نكتفي بوضع درجات المريض على المقاييس الفرعية الصغرى في اختبارات الذكاء الكبرى (مثل وكسلر) ، بل إن من الأهم أن نوضح ما تعنيه هذه الدرجات من حيث القدرات أو الوظائف التي تمثلها هذه

الاختبارات الفرعية وذلك بعبارات من هذا النوع : سجلت المريضة أعلى درجاتها على مقاييس المتشابهات ، وبناء المكعبات تعكس قدرة لا بأس بها على الاستدلال ، والتجريد ، والتعامل مع المنبهات المركبة وهو مايدل عليه الارتفاع في هذين المقياسـين .

ويجب أيضاً على الأخصائي أن يلاحظ أى تشتت في درجات المريض وتوزيعها بين المقاييس المختلفة سـواء كان هذا التشتت إيجابياً أم سـلبياً ، وأن يقدم تفسيراً لذلك، على أن تكون التفسيرات حذرة وتتسق مع الصورة العامة التي تكونها عن المريض . وفيما يلي نموذج لذلك من حالة سبق للكاتب أن أجرى عليها مقياس وكسلر بلفيو للذكاء .

" بفحص سجل السيد (ف) تبين أن الأداء الوظيفي العقلي الحالي للمريض أقل بكثير من إمكانياته العقلية والتربوية السابقة ، والتي تضمنت سنوات من الدراسة الجامعية في أكبر ثلاث جامعات بولاية ميشيجان . فقد تبين من فحص سجله أنه حصل سنة ١٩٧٨ (بينما أجرى الاختبار الحالي سنة ١٩٨١) على نسبة ذكاء متوسط تصل إلى (٩٧) من نسبة الذكاء العام و (١٠٧) في اللفظي ،و (٨٠) في العملي . أما في الوقت الحالي فقد حصل على نسبة ذكاء كلية مقدارها ٨٠ تضعه في فئة بليد – عادى *D ull-normal* وحصل على نسبة ذكاء لفظية مقدارها (٩٧) . وبالرغم من أن نسبة ذكائه اللفظي تضعه في فئة العاديين إلا أن سلوكه اللفظي خلال المقابلة دل على مستوى مرتفع من النشاط اللفظى مما يدل على أن بإمكانه أن يكون (أو كان) أفضل من ذلك .

ومن المؤكد أن سلبية المريض ، وانطفاء دوافعــه تعتبر من العوامل الهامة المسئولة عما يعانى منه من صعوبات عقلية ، أما انخفاض نسب ذكائه عن السابق فيدل على وجود تدهور واضح وأكيد " .

والنقطــة الثانية التي يجب الإشارة إليها في هذا الجزء من التقرير هي التوظيف المعرفي *Cognitive functioning* ، خاصة إذا استخدمت مقاييس

شخصية تساعد على تقدير هذا الجانب . ويشير التوظيف المعرفي إلى إدراك المريض للعالم ، وكيف يستجيب معرفياً للمنبهات البيئية ، وكيفية التكامل بين هذه الوظائف لتحقيق أهداف الشخصية *(Vanreken, 1981, P. 145)* . ولهذا فإن من الممكن أن يضع الفاحص في هذا الجزء أى علامات دالة على اضطراب التفكير ، والهواجس الفكرية ، ومرونة التفكير أو تصلبه ، والانتباه والتركيز ... الخ . وبالرغم من أن غالبية المعلومات في هذا الجزء يمكن استنتاجها من خلال المقابلة ، فإن من الممكن الاستدلال عليها من اختبار الرورشاخ وتفهم الموضوع والشخصية المتعدد الأوجـه .

ونظراً لأنه من المعروف أن الطريقة التي يفكر بها الإنسان تؤثر في مدى إدراكـه للعالم وحكمـه عليه حكماً دقيقاً ، فإن النقطة الثالثة التي يجب أن يشير إليها هذا الجزء من التقرير تتعلق بالعمليات الانفعالية *Emotional processes* ، مثل التوترات ومناطق الصراع النفسي ، الاتكاليـة ،التناقضات الانفعاليـة ، العداء التصلب ، التقلب الوجداني، اللااكتراث .... الخ) *Houck and Hansen, 1972)* ويمكن أيضاً أن يتضمن هذا الجزء من التقدير الإشارة إلى بعض الجوانب الانفعالية البارزة مثل مدى ما عليه المريض من إحساس بالاكتئاب ، أو حاجته للاهتمام والحب أو عجزه عن التحكم في الانفعال ، أو نرجسيته *(Houck and Hanen, 1972)* . وتعتبر الدفاعات *Defenses* التي يلجأ لها المريض من النقاط الرئيسية في هذا الجزء والمقصود بالدفاعات هنا الأساليب أو الحيل التي يلجأ لها المريض عند التعرض للاحباطات والتوترات الخارجية ، فضلاً عن وسائله الهروبية من مواجهـة الانفعالات الداخلية والصراعات ، والدوافع غير المقبولة .

كذلك يتضمن هذا الجانب من التقرير الإشارة إلى أنماط علاقات الحالة بالآخرين *Patterns of relating to others* أى سلوكه الاجتماعي مع الآخرين . فمثلاً قد تكون علاقته بأسرته أو بزملائه في العمل ، أو رؤسـاءه من العوامل المساهمة في إثارة مشكلاته ، أو استمرارها . لهذا ينبغي الإشارة

في هذا الجانب إلى : أنماط العلاقة بالأسرة ، صعوبات التعامل مع أجهزة السلطة في المدرسة أو العمل ، الصعوبات الجنسية أو صعوبات فى التعامل مع الجنس الآخر ، صعوبات في التعامل مع بيئة أجنبية . كذلك توضع هنا بعض السمات الشخصية الاجتماعية البارزة لدى المريض كمقدار ما عليه من انطواء أو انبساط ، التعاون أو التنافس ، النضوج أو اللانضوج الاجتماعي . .(*Tallent, 1976*)

كذلك لايجب أن ينتهي هذا الجزء من التقرير دون التعرض لنقاط القوة أو الجوانب الإيجابية من الشخصية . وهنا يجب أن يحتوى هذا الجزء أى جانب قوة أو أسلوب بناء أو إيجابي يعين المريض على التعامل مع البيئة / كمقدار ما عليه من استبصار بظروفه الاجتماعية أو الشخصية ، أو اتجاهاته الإيجابية نحو الآخرين أو نحو نفسه ، أى مهارات خاصة تعـينه على امتصاص الضغوط والتوترات ، أى قدرات ابتكاريه . وقد لاحظت أن بعض تقارير المبتدئين تتضمن الإشارة إلى بعض الجوانب الاجتماعية الخارجية المرغوبـة في حياة المريض وذلك مثل مقدار ما عليه الأسرة من ثراء أو تعلم ، أو ما إذا كان المريض يعمل ويكسب . وبالرغـم من أن هذا الجزء من التقرير قد يكون ملائماً لذلك ، فمن الأفضل أن يكون تركيز هذا الجزء على ما تعـتبره الحالة نقطـة من نقاط القوة ، أو على الأشياء التى تسـاعده بالفعل على التوافق وحـل الصراعات وتجنب الانهيـار الكامل . ولهذا فقد يكون لدى المريض عمل ثابت بالفعل ، لكن هذا قد لايعتبر نقطـة قوة إلا إذا كان من العوامل التى تعينـه على التعويضات ، وتكوين أسلوب إيجابى نحو مشكلاته لهذا يجب أن ترتبط المصادر الخارجيـة الإيجابيـة باتجاهـات المريض نحوها ، أو بمقدار مسـاهمتها بالفعل في تكوين نمط إيجابي وتكيفـي في الحياة . ويمكن اشتقاق ذلك من اختبارات الشخصية ، أو الاستنتاج من الملاحظات المتأنيـة التى يخلص لها الفاحص خلال المقابلة الشخصية أو عند الرجـوع لسـجل الحالة وتاريخ الحياة .

التكامل بين نتائج الاختبارات وتاريخ الحياة :

هذه نقطة رئيسية من التقرير وتحتاج إلى جهد وتأن وبعد عن العمومية وأخطاء الحكم ويوجه " تالانت " *(Tallent, 1976)* نظرّ الفاحصين إلى أن من أسوأ الجوانب في هذا الجزء هو التركيز على جوانب عامة فضفاضة تنطبق على أى شخص أو أى حالة. لهذا فمن المهم أن تكون استنتاجاتنا دقيقة ونوعية وخاصة بالحالة ذاتها . ولهذا تأتي أهمية التكامل بين نتائج الاختبارات والتاريخ الشخصى في الوصول إلى نتائج حميمة تتلاءم مع الحياة السابقة للمريض .

ولأن هذا الجزء يمثل الخلاصة الرئيسية ويعتبر من أهم أجزاء التقرير على الإطلاق ، ومن أهم الجوانب الدالة على مهارة الإكلينيكي وقدراته وخبرته ، فإن من الضرورى كتابة هذا الجزء بجهد وتدقيق وصبر . ويمكن تحقيق ذلك من خلال ؛ الكتابة بطريقة فنية *Technical* متخصصة ، وباستخدام مفاهيم مألوفة في نفس الوقت لدى الجماعات المهنية الأخرى . ومن ثم من الضرورى وضع نتائج الاختبارات في هذا الجزء بطريقة مفهومة ومرتبطة بسلوك المريض وحياته السابقة والراهنة ، وهي الجوانب المعروفة لدى العاملين الآخرين . ويرى بعض الكتاب *(Tallent, 1976)* صواباً أن هذا الجزء يجب أن يكشف لقارئه أهم الخصائص التي يلاحظها في المريض عند لقائه به أو عند تفاعله اليومي معه . بعبارة أخرى ، نجد أن هذا الجزء يجب أن يعكس قدرة الأخصائي الإكلينيكي على تحويل اللغة السيكومترية الفنية المتخصصة إلى لغة مفهومة تعكس الواقع الفعلي للمريض وحياته وأساليبه الماضية والحاضرة كما يراها الآخرون ويلاحظونها ويعلمون عنها .

الخلاصة والتوصيات :

فى هذا الجزء الأخير من التقرير يلخص الفاحص النقاط الرئيسية من التقرير ويسجل توصياته . ولهذا يتضمن هذا الجزء في واقع الأمر أربعة نقاط أساسية هي : الخلاصة ، التشخيص ، والتنبؤ ، والتوصيات .

فى الخلاصة تكفي عبارات قليلة مكثفة تعكس وبسرعة المعلومات الضرورية والجوانب الأساسية في الحالة حتى وإن كاالايجد الوقت الكافي لقراءة التقرير كله .

أما التشخيص فيمكن أن يكون في شكل التشخيصات الطبية النفسية الشائعة خاصة وإن كان التقرير مكتوباً للأطباء النفسيين ، أو يكون في شكل عبارات متعددة ، تعكس كثيراً من الجوانب المشكلة في حياة المريض . ومن الضرورى أن نبدأ في وضع نقاط متعددة تعكس المشكلات الرئيسية فى الشخصية وأن نلحقها بتشخيص طبي نفسي قصير إذا أمكن .

أما عن التنبؤ فهو من الأجزاء الصعبة في التقرير لأنه يحتاج لقدرات حكم جيدة ، وانتباه للمحكات الرئيسية التي تساعد على التنبؤ الجيد ، والتنبه للشروط المختلفة في حياة المريض أو معالجيه بشكل يضمن النجاح في العلاج . ولهذا من الأفضل أن تكون التنبؤات في هذا الجزء موضوعة في شكل صياغة شرطية وتكشف عن أن النجاح في العلاج من الأعراض أو المشكلات يتوقف على عوامل خاصة بأسلوب العلاج ، أو التغيرات المأمولة من البيئة . مهما كانت صعوبة هذا الجزء فمن الضرورى أن يعرض الفاحص تقديره الشخصي للمشكلة التى دفعت إلى طلب التقويم . وتزداد الحاجة لذلك في بعض الظروف القانونية أو الأخلاقية التي تحتاج لتقدير الفاحص أو السيكولوجي ، فعندما يرغب المجتمع في تقدير خطر المريض على الآخرين أو خطر إقدامه على الانتحار يكون من الضرورى أن يضع الفاحص بالاعتماد على المعلومات المتاحة له تقديره لخطر المريض على شخص معين ، فى ظل ظروف معينة ، أو على نفسه .

وتأتي بعد ذلك التوصيات التى من الضرورى أن تكون متخصصة وتساعد فى إرشاد الآخرين على التعامل الجيد مع الحالة ، وعلى رسم خطة علاجية ناجحة . ولكي يحقق التقييم النفسي الذى أجراه الفاحص أكبر

فائدة مرجـوة منه، يجب أن تكون التوصيات دقيقـة ومتخصصة ومرتبطـة بواقع الحالة وظروفها ، كذلك يجب أن تكون متسقة مع النتائج التي استخلصها الأخصائي من دراسته للحالة . فإذا كانت نتائج التقرير ودراسـة الحالة تشير إلى جوانب معرفية وانفعالية ونقاط قوة أو ضعف في العلاقات الاجتماعية ، فإنه من الضروري أن تكون التوصيات انعكاساً لذلك ، أي أن نحـدد للآخرين (من أطـباء أو أفراد أسرته) أساليب محـددة تساعد الحالة على تحقيق حياة فعالة في نفس هذه الجوانب، أي في ميدان العمل ، والعلاقات مع الأصدقاء، والعائلة والعاملين .

التقارير الإكلينيكية المختصرة :

يحتاج العاملـون أحياناً إلى تقارير مختصـرة بنتائج الاختبارات أو دراسـة الحالة لوضعها في السجلات الطبية النفسية . ولا تختلف كتابة التقرير المختصر عن التقرير الشامل . فهو يشتمل على نفس النقاط السابقة من حيث أنه يجب أن يشتمل على عبارات واضحة عن الوضع الحالي لوظائفـه الانفعاليـة والمعرفيـة والاجتماعية ، والدفاعيـة وجوانب القـوة والضعف .

ويعتـبر التقرير المختصر أحسن وسـيلة لكتابـة التقرير عندما يستخدم الفاحـص مقياساً محـدداً مثل مقياس الشخصية المتعـددة الأوجه ، أو وكسلر بلفيو، وعادة ما يبدأه الفاحص بعبارة عن اتجاهـات المريض نحو الاختبار ، يلحقها ببعض العبارات عن الخصائص أو الجوانب الظاهرة من سلوك المريض . وتأتي بعد ذلك عبارة عامة توضح المستوى الانفعالي للاضطرابات عند المريض يكون من شـأنها توجيـه بقيـة التقرير المختصر والمجمع والمتكامل بين مستويات التوظيف المعرفي ، والانفعالي والاجتماعي ، وجوانب القوة والضعف في الشخصية . ويختم بعبـارة ملخصـة أشـبه بما سـبق شرحه عند الحديث عن الخلاصة والتوصيات في كتابة التقرير المفصل .

عينات من بعض التقارير الإكلينيكية

الحالة (١)

اسم المريض : (ر) العمـــــــــر : ٢٨ سنة .
المســتوى التعليمي : الثانوية العامة .
تاريخ كتابة التقرير : ٨ أكتوبر ١٩٧٣ .
الفاحص : فان ريكين ، دكتوراه فى علم النفس *(Van Reken, 1981)* .
مكان الفحص : مستشفى نورثفيل فســي
الســبب في إحالة المريض للفحص : إحساس الطبيب المشرف عليه والعاملين معه بأن المريض لايستفيد من استمرار حجزه بالمستشفى ، ويسأل الطبيب والمشرفون عن الانطباعات التشخيصية الحالية ، وإمكانية تسريحه من المستشفى ليعيش في بيت مستقل تحت إشراف المستشفى لحين يمكن له أن يستقل تماماً بنفســه .
الاختبارات التي طبقت : اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية .
رورشـــاخ .
تفهم الموضوع .
المقابلة الشخصية .

يقيم المريض فى المستشفى منذ أربعة شهور ، وينكر وجود أى مشكلات نفسية لديه ، مدعياً أنه موجود بالمستشفى بصفته المدير العام لها ، وكل شكاواه كانت ذات طابع جسمي مثل الصداع والروماتزم . والإصابة بطلق نارى في الرأس في صراع عنصرى مع أحد الأشخاص .

والسبب فى إلحاقه بالعلاج كان بسبب ازدياد هواجس العظمة . ولم يكن يستجيب للأدوية المضادة للذهان استجابة جيدة ، كما لم يستجب لأى علاجات أخرى . ويعتقد المريض أن عمله بمركز التأهيل التابع للمستشفى ممل وتافــه . وكذلك لم ينجح برنامج " اقتصاديات التدعيم " المنفذ بالمستشفى بصحبة جماعة أخرى من المرضى بسبب زيارات مفاجئة وغير

متوقعــه من أمه تؤدى إلى انهيار الخطة العلاجية . ويرغب المريض في ترك المستشفى ، لأنه يظن بأنه لم يعد مريضاً بعد ، ولا يدرك السبب في إعطائه عقاقير طبية.

من حيث التاريخ الأسرى للمريض تميز ببعض الصعوبات ، فالمريض يعتبر الابن الأكبر لثلاثة أطفــال ، والده في الخامسة والستين من العمر ويعمل محاسباً ولو أن الزوجة تصفه بالاندفــاع والعنف . ويصف تقرير الأخصائي الاجتماعي الأب بأنه مسيطر ومتصلب. أما عن الأم فهي في الثالثة والستين من العمر لاتعمل خارج منزلها ويصفها تقرير الأخصائي الاجتماعي بأنها عصبية ومفرطة في رعايتها لابنائها . وتنكر بغضب أن يكــون ابنها مريضاً .

ولد (ر) بصورة طبيعية وإصابته أمراض الطفولة العادية . ولكن أمه تصفه كطفل بأنه كان عصبياً ، ومصاباً بكثير من الأمراض والشكاوى ، ويذكر المريض بأنه كان يصاب بصداع مزمن إثر ضربة شــديدة في الرأس من أحد رفاق اللعب ، ولو أن طبيبه يقرر بأن هذا الصداع نتيجــة لمشــكلات انفعاليــة .

المرة الأولى التي ألحق بها المريض في مستشفى للطب العقلي كانت سنة ١٩٦٤ ، عندما بدأ يضايق المصلين بكنيسة الحي . وقد وصفه الناس آنذاك بأنه ذو سلوك هجاسي ، وإحساس بالعظمة واضطراب التفكير والعجز عن الاستنتاج المنطقي . وفي المستشفى شــخصه الأخصائيون بأنه ذو تفكير هجاسي (بارانوايا العظمة) . وبعد المرة الاولى من الحجز ازدادت فترات التحاق المريض بمستشفيات الطب العقلي وتعــددت هواجسه ، وزادت مشكلاته سوءاً ويدعى المريض بأنه خطب فتاة أخرى وأنه الآن متزوج منها بطريقة "ســحرية " ويظن بأن والديــه يحاولان التخلص منه بإعطائه طعــاماً مســموماً ، وأنه حاصل على دكتوراه الفلسفة ودكتوراه الطب وأن لديه ثروة طائلة في بنوك مختلفة ، وأنه عمل من قبل طبيباً نفسياً .. الخ ويرى أنه دخل في ممارسات جنسية – مثلية متعددة ولكنها كانت على غير إرادته لأنه كان منوماً مغناطيسياً .

من حيث سلوكه خلال موقف الاختبار فقد جاء المريض مرتدياً ملابس سوداء وأخذ في التدخين بطريقة متأنية عاقداً ساقيه ، بينما هو ينفث الدخان ببطء شديد إلى أعلى الحجرة . وبالرغم من تعاونه في تطبيق الاختبارات ، فإن الكثير من كلماته السريعة المتلاحقة امتلأت بالهواجس .

أما من حيث المستوى العقلي والأداء الوظيفي العقلي ، فقد استطاع المريض أن يحصل على درجة ذكاء مرتفعة تضعه فوق المستوى العادى وكان واضحاً أن اهتماماته العقلية متنوعة لكنه كان عاجزاً عن توظيفها لصالحه أو تنميتها لأغراض تكيفية بسبب انشغالاته الفصاميه وهواجس العظمة ، والتخيلات الجنسية . وكان واضحاً أنه يعاني من التدهور العقلي بسبب جنوحه للمبالغة ، واضطراب التداعى والتوجس .

وبالرغم من محاولة المريض الظهور بمظهر السليم ، فقد كشف عن مشكلات انفعالية . لقد كان يجنح لإنكار القلق ، وكبت المشاعر والأفكار غير المقبولة ، منكراً في نفس الوقت وجود أى أسباب أو عوامل خارجية سيئة . وقد نسب كل مشكلاته إلى متاعب وأمراض جسمية ومشكلات بدنية لا يوليها أى اهتمام . وبالرغم من أن الطريقة الدفاعية التي يواجه بها مشكلاته ، قد ساعدته إلى حد ما بين الحين والآخر ، فإنها قد حرمته من كثير من الفوائد على المستوى الاجتماعى .

ويتبنى المريض في علاقاته بالآخرين أسلوباً تحكمياً ، تسلطياً متباهياً بذكائه ومهاراته ، ولكن بطريقة غير ناضجة . ويكمن خلف مظهره التحكمي حساسية مفرطة ، وشكوك وعداء منعه من تكوين علاقات طيبة بالآخرين ، خاصة بالجنس الآخر ويبدو أن عدائه نحو النساء وأسلوبه التحكمي واضطراب إدراكه لدوره الذكرى (بسبب العلاقات اللواطية) ، فضلاً عن مشاعره المتناقضة نحو إنجازاته قد ساهمت في الضبط الانفعالي الشديد ، والميل للتحكم والتسلط والظهور بمظهر القوى ، ومن ثم عزو أمراضه لا لاضطرابات نفسية بل لمشكلات جسمية .

وتساهم البيئة المنزلية في تأكيد اضطراباته . فالأم – التي يتخذها قدوة – تمنحه نموذجاً مرضياً يحاكيه وتشجعه على تدعيم نماذجها السلوكية المرضية . وتعتبر الصراعات الدائمة بين الوالدين مصدراً للتوتر الشديد والعداء في حياته . ويساهم عالمه الهجاسي التوهمي الذى بناه من نفسه وعظمته في منحه قوة وهمية في علاج مشكلاته . وصراعاته مع الآخرين . والمريض عاجز عن تكوين علاقات صحية بالآخرين بسبب ماهو عليه من عدم نضوج في إدراك مصادر مشكلاته العقلية ، وبسبب افتقاده للمهارات الاجتماعية الفعالة ، وصراعه في إدراك دوره – الذكرى . أما فشل المريض في تحقيق أهدافه المهنية أو في تحقيق أى إنجازات فيرجع في المحل الأول إلى تاريخ طويل من عدم التقدير أو عدم مكافأة إنجازاته .

أما فيما يتعلق بمستقبل المريض ، فمن المؤكد أنه غير مستعد في الوقت الحالي إلى العودة للعمل حتى لو لحياة مستقلة جزئياً . صحيح أن لديه من الإمكانيات التي تدعم المسئولية في عالم العمل قد يكون مهدداً لدفاعاته التي يبنيها نفسه عند اللزوم , مما سيحوله إلى مزيد من الارتكان على المعتقدات الهجاسية .

وباختصار ، فإن المريض قد أحيل لوضع توصيات تشخيصية وعلاجية . وهو شخص مبدع وذكي ، وظائفه المعرفية مضطربة بسبب هواجسه الشديدة ، والبلبلة ، في إدراكه لقيمة إنجازاته ودوره في الحياة . ومستواه في الاضطراب الانفعالي يتراوح من متوسط إلى عال ، ويتمثل اضطرابه في الشكاوى الجسمانية الكثيرة ، وقلقه الشديد ، ومحاولاته إظهار نفسه بصورة مقبولة .

ومن الناحية التشخيصية ، فإن نمط هواجس العظمة والتحكم الانفعالي المرضي، والميل إلى التحكم الشديد في الآخرين توحي بأنه ينتمي إلى فئة فصام البارانويا *Schizophrenia, paranoid type* .

التوصيات :

١ - إعادة المريض لبرنامج اقتصاديات التدعيم بالمستشفى مع ضرورة التركيز على التقليل من أفكاره الهجاسية ، وإغرائه بالقيام بنشاطات متنوعة .

٢ - بدء وضع المريض في برنامج علاج نفسي فردى أو جمعي يدربه ويعلمه ممارسته بعض المهارات الاجتماعية ويعطيه استبصاراً بمصادر مشكلاته .

٣ - التفكير في العلاج الأسرى لتحسين أنماط الاتصال بين الوالدين من جهة ومع المريض من جهة أخرى .

٤ - نظراً لأن التقارير توحي بأنه لايستجيب للعقاقير المضادة للذهان التي تعطي له الآن ، فإننا ننصح بأن يقوم الطبيب المشرف عليه بمراجعة ذلك .

توقيع

الأخصائي النفسي

الحالة (٢)

اسم المريض : الآنسة (س) .
تاريخ الميلاد: ١٩٤٩/٤/٢٤ (٣٠سنه)
تاريخ كتابة التقرير : ١٩٧٩/٦/٨ .
الفاحص : عبدالستار ابراهيم (دكتور في علم النفس) .
مكان الفحص : مستشفى نورثفيل للطب العقلي .
الاختبارات التي طبقت :

١ - وكسلر بلفيو للذكاء .   ٢ - المقابلة الشخصية .

أحال الطبيب النفسي الدكتور ... هذه الحالة بهدف تقدير مستواها العقلي ولتحديد بعض الخطوات النوعية الملائمة لضبط المشكلات النفسية وصعوبات التكيف الاجتماعي والآنسة (س) فتاة بيضاء ذات بناء جسمي ضخم نسبياً وتخضع للرعاية الطبية النفسية طوال عمرها تقريباً . بدأت المقابلة بابتسامة ، وبسرور وود ظاهر ، إلا أنها سرعان ما تحولت بعد قليل إلى القلق والاستثارة المصحوبة في كثير من الأحيان بالغضب والإحباط . كلماتها متماسكة ، ولكنها تتحدث بصوت صارخ تتلاحق فيه العبارات بسرعة ، ويمتلئ كلامها بألفاظ جنسية وانشغال بموضوعات جنسية صريحة ومكشوفة . ويبدو أن إحباطاتها السريعة ، وغضبها يرجعان إلى انشغالها الجنسي الظاهر وانشغالها بالرجال كموضوعات جنسية خالصة وعندما تكتشف أن هناك جوانب واقعية أخرى يجب ملاحظتها يكون إحباطها وغضبها السريع لذلك . وفي كثير من الأحيان أمكن ملاحظة أن هناك قلقاً عصابياً عميقاً يتملك المريضة مصحوباً بالاكتئاب الشديد . ومن المؤكد أن من الأسباب الدافعة لذلك ما تعانيه من عزلة اجتماعية بسبب صورتها التي تحملها عن نفسها وعن جسمها فهي تصف نفسها بأنها " قبيحة المنظر " وأنها " شديدة البدانة " .

من الناحية السيكومترية ، كان من الصعب إغراءها بالاستمرار في تطبيق الاختبارات . فهي لم تكمل إلا المقاييس اللفظية من مقياس وكسلر وبعد جهد شديد ، ورفضت تطبيق أى اختبار آخر للشخصية . ولهذا فإن تقييم هذه الحالة معتمد أساساً على تفسير أدائها للمقاييس اللفظية من مقياس وكسلر بلفيو فضلاً عن بعض ملاحظة سلوكها خلال المقابلات الشخصية الأربع التى أجريت معها والتى لم تستغرق في مجموعها أكثر من أربع ساعات .

حصلت الآنسة (س) على نسبة ذكاء لفظي مقدارها ٨٧ مما يضعها في فئة بليد عادى . بالرغم من هذا فإن سلوكها اللفظي ومناقشاتها معي

كانت تدل على أنها قادرة على إحراز نسبة ذكاء أفضل . ولهذا فإن الحالة العقلية الضعيفة التي هي عليها الآن تعتبر من بين العوامل الهامة المساهمة في خلق المشكلات والصعوبات النفسية التي تتملك المريضة .

وقد ازداد مستوى أدائها العقلي ضعفاً عندما أجابت على المقاييس الفرعية التي تحتاج لتركيز شديد وانتباه مثل مقياس الحساب (درجة موزونة =٣) و"إعادة الأرقام بالعكس " ، وهو أمر لا نستغربه خاصة وأن الآنسة (س) كانت تبدو مشغولة ومحملة أكثر مما تطيق بمشاغلها الانفعالية ووساوسها وهواجسها المرضية ، وقد حدثت مرات كثيرة أن كانت تقاطع موقف التطبيق بحجة أنها لابد أن تسجل بعض ملاحظاتها وتأملاتها على مجموعة من الأوراق البيضاء التي كانت تحتفظ بها بين مشدات الثديين .

واستطاعت المريضة في أحيان كثيرة أن تجب بنجاح على بنود صعبة ، ولكنها كانت تفشل أحياناً في الإجابة عن بنود أسهل . فقد عجزت عن ذكر أربع رؤساء جمهورية للولايات المتحدة منذ ١٩٠٠ ، ولكنها نجحت في معرفة مؤلف مسرحية هاملت وموقع الفاتيكان وهي الأسئلة التي يتضمنها مقياس " المعلومات العامة " من مقياس وكسلر للذكاء ، مما يعتبر مؤشراً على أن عمليات تفكيرها الفصامي لاتزال تؤثر في استيعابها للمعلومات وفي تعاملها مع البيئة .

ومن الناحية الانفعالية ، كانت الآنسة (س) دائماً غاضبة ومتهيجة ، وفي كل مرة من مرات المقابلة كانت تقاطع ، وتسرف في التدخين ، وتغير الموضوع، وتغادر كرسيها في غضب ، وتخرج من الحجرة حانقة . إن اضطرابها وانفصامها عن الواقع لم ينجحا فيما يبدو في تخليصها من القلق والصراعات الجنسية والنفسية .

أما من الناحية الإيجابية ، فإن من المؤكد أن (س) تعتبر بكل المقاييس إنسانة ذات ذكاء لا بأس به بالرغم من أدائها الضعيف . وقد يحسن أن نشير هنا إلى أن العودة لسجلاتها كشفت عن أن نسبة ذكائها

كانت ١٠٩ وهي في الثالثة عشر من العمر ، مما يدل على أن ضعف مستواها الحالي ما هو إلا انعكاس للاضطراب الانفعالي واضطراب وظائف التفكير ، والعزلة الاجتماعية التي تعيشها فى داخل بيئة المستشفى . فضلاً عن هذا فإن مهاراتها اللفظية وقدرتها على التواصل باللغة لا بأس بهما مما يرجح أنها ستستجيب جيداً لأساليب خاصة إن كانت ودية ، وغير مقيدة . مع النصح بأن تكون جلساتها التوجيهية قصيرة بسبب عجزها عن التركيز وسرعة تشتت انتباهها . ولا ننصح بالعلاج الجمعي في الوقت الحالي بسبب ما يتملكها من انفجارات انفعالية ووساوس وهواجس وحساسية مفرطة للنقد .

ومن الضرورى العمل بصورة عاجلة على ضبط المزاج العصابي القلق الذى يتملكها في الوقت الحالي ، لأنه خطير ، ويعوق قدراتها على التفاعل مع الآخرين والتعامل مع الناس في المواقف العادية . ويمكن علاج ذلك كيميائياً من خلال بعض العقاقير الطبية الملائمة ، ومن خلال التعامل معها بطريقة دافئة ومتقبلة . تسمح لها بالتعبير عن نفسها وعن مشاعرها بقليل من الكف والضوابط .

ونظراً لأنها لا تستطيع أن تتعامل مع المعالجين النفسيين من الرجال إلا بطريقة جنسية ، فإن من الأفضل إكلينيكيا أن تعمل مع معالجة نفسية لكي تساعدها على التخفف من القلق الجنسي الشديد مما سيسمح لها بعد ذلك أن تعبر عن مشاعرها واحتياجاتها بصورة أفضل .

واختصار فإن الآنسة (س) ذات ذكاء عادى ، ولو أنها لا تستغل منه إلا القليل بسبب ما تعانيه من أعراض فصامية حادة ، وعزوف عن الواقع . فضلاً عن هذا فإنها تعاني أيضاً من نزعات عصابية شديدة الحدة ، وتعجز عن تحمل الإحباط ويبدو أنها لاتستطيع أن تعبر عن أعراضها الذهانية والعصابية خارجياً ، مما يشير إلى ضرورة وضع إجراءات

علاجيـة وفق الخطوط السابقة لإعانتها على حل مشكلاتها الانفعالية بشـــكل خـاص .
التشـخيص : فصام غير متميز مصحوب بقلق عصابي حاد .

الحـالة (٣)

اسم المريض : (م) المكان : مستشفى نور ثفيل النفسي
تاريخ كتابة التقرير : ٧ أكتوبر ١٩٧٣
القائم بالفحص وكتابة التقرير : دكتورة فنكلستين ، دكتوراه في علم النفس (*) .

الاختبارات التي طبقـت :
- رسم الشـــخص . - اختبار تفهم الموضوع .
- اختبار بندر - جشـتالت . - اختبار وكسلر - بلفيوللذكاء
- اختبار تكميل الجمل .

سـبب التحويل : الوصول إلى تشخيص فارق والمساهمة في التخطيط لعلاجـه .

من أكثر الجوانب التي شدت انتباهي في هذا المريض هي الظهور بمظهر شديد من عدم النضوج الاجتماعي . فقد ظهر منذ البداية بصورة تدل على افتقار واضح للمهارات الاجتماعية التي تساعده على التفاعل الجيد بالآخرين . ويبدو أن هذا يرجـع إلى قدومـه من جو أسرى غير ناضج جعله يدرك أمه على أنها متسلطة وتسرف في مظهرها الجنسي وتفتقر إلى الكثير من

(*) نتقدم بالشكر للدكتورة فنكلستين لأنها سمحت لنا باستخدام هذا التقرير وترجمته للعربية .

مشاعر الأمومة . وقد أوضح المريض أنه كان يعامل طوال حياته بطريقة فيها حماية شديدة له وكأنه عاجز . ويدرك المريض أن هذا الأسلوب قد أعاق نموه الانفعالي ولم ييسره . ويبدو أن هذا صحيح في ضوء مستوى النضوج الانفعالي الذى عليه المريض في الوقت الحالي ، والذى لايكاد يتجاوز انفعالات إنسان في مرحلة مبكرة من المراهقة . ولهذا من المؤلم أنه قد تم تشخيصه في فحوص سابقة على أنه متخلف عقلي بسبب حصوله على نسبة ذكاء كلية لا تكاد تصل أكثر من ٩٥ نسبة ذكاء .

ومن المؤكد أن السيد (م) على مستوى عقلي جيد يمكنه على الأقل من إدراك مدى ما عليه من عدم نضوج ، وهو على درجة من الحساسية تكفي لإشعاره بآلام العزلة الاجتماعية الشديدة التي يعيشها نتيجة لما هو عليه من عدم نضج ... وقد اتضح أن المريض يحاول التحكم والسيطرة في هذه المشاعر باستخدام دفاعات حوازية - قهرية تتمثل في شكل المبالغة في النظام والمظهر الخارجي المبالغ فيه .

ويبدو أن المريض عندما يفشل في ذلك ، أى عندما تفشل دفاعاته ، فإن مشاعر الغضب والعدوان واليأس وألم إحساسه بالعزلة تظهر في سلوكه الخارجي .

ومن المؤسف أن إدراكات المريض للعالم وأساليبه في تفسير الأشياء تساعد على استمرار مشاكله وليس على مقاومتها . فهو يرى أن الدفء الانفعالي والرقة وتجنب الانفعالات الخانقة والغضب يشبه في تصوره العملية الجنسية . فضلاً عن هذا فهو يدرك النماذج الهامة في حياته والتي قد تساعده على المزيد من النضوج يدركها بصورة سلبية ، فهو مثلاً يعتقد أن أمه التي نسيت أن تستأصل الحبل السرى هي الموضوع الجنسي الأول في حياته . ويبدو لنا أن هذا التفكير قد دفع المريض للدخول في علاقة جنسية مع سيدة في الواحدة والستين من العمر .

على أن الاختبارات العقلية التي استخدمت لم تنف نفياً قاطعاً أن تكون هناك جوانب عضوية مسئولة عن الحالة الذهانية إلا أن دلائل ذلك

قليلة بشكل يؤكد أن هناك عوامل أخرى ذات مصدر نفسي واجتماعي وارتقائي ذات مسئولية أكبر .

ونقترح أن علاج هذا المريض يتطلب عمليات إرشاد مبسطة تساعده على تكوين مهارات اجتماعية ملائمة لعمره . ونرى أن من الخطر لصحة المريض وتكامله أن نعيده إلى البيئة المنزلية وإلى المعيشة مع الأم وهو على ماهو عليه من تشويهات إدراكية . ولهذا نقترح إجراء حوار مع الأم وإرشادات علاجية لتبصيرها بخطر استمرار التعامل مع المريض كطفل عاجز . وبنفس المنطق ، نرى أن استبعاد المريض من أسرته مرة أخرى ليعيش حياة مستقلة تماماً يعتبر أكثر خطراً ، إذ لازال المريض في حاجة لرعاية وتوجيه مباشر وتدريب للمهارات الاجتماعية . ولايوجد ما يشير إلى أن المريض قد يكون خطراً على الآخرين ، بل على العكس فإن السلوك الذى يبدو منه أحياناً بصورة عدوانية ما هو إلا محاولة حزينة من شخص يكترث ببيئته ويعجز عن التفاعل معها في نفس الوقت . وإذا كان لابد من السماح له بالخروج من المستشفى ، فإن من الأفضل أن يكون ذلك فى ظروف رعاية موجهة وتحت إشراف مهنى لحين تتاح له الفرصة على توجيه مهاراته توجيهاً اجتماعياً ملائماً . ومن الضرورى أن تكون أساليب التوجيه وعلاج المريض الحالي من النوع المتسامح والحازم في نفس الوقت ، وأن تكون التوجيهات من النوع المبسط الإرشادي الذى يتلاءم مع تكوينه العقلي الراهن .

التشخيص : فصام ترسبي *Residual Schizophrenia*

الحالة (٤)

اسم المريض : سلطان . العمر : ٢٦ سنة .

تاريخ الفحص : ١٩٨٤/٥/٣٠م

الفاحــــــــــص : رضا محمد علي (ماجستير في علم النفس)
(اتصال شخصي ١٩٨٤).
الاختبارات التي طبقت :
- وكســلر بلفيــو .
- اختبار الشخصية المتعــدد الأوجــه .
مكان التطبيــق : العيادة النفسية - كلية الطب - جامعة الملك ســعود .

حول هذا المريض للفحص النفسي لتقدير مستواه العقلي ولإعطاء بعض المعلومات الضرورية عن تشخيصه الحالي .

المريض في السادسة والعشرين من العمر . أعزب ، سـعودي الجنسية، وبالرغم من أنه كان ودياً ومتعاونا خلال جلسة الفحص فإن كثيراً من مظاهره السلوكية تميزت بالقلق ، وعدم النضوج ، والاتكالية . هذا بالرغم من أن دوافعه كانت قوية وكان مهتماً ببنود الاختبار بدليل أنه كان يطلب فور انتهائه من كل اختبار يؤديــه أن يعرف النتيجــة .

وقد كان سلطان من الناحية العقلية والإدراكية واعياً بالزمان والمكان و لم يظهر منه ما يدل على وجود أية وساوس أو هلاوس بصرية أو سمعية أو هواجس لكن كان من الناحية الانفعالية واضح التوتر والقلق والحســــاسية المفرطـــة فضلاً عن بعض الجوانب الدالة على السلبية والاعتماد على الآخرين . وفي نفس الوقت فإن دفاعاته الرئيسية تركزت على إنكار قلقه ونزعاته العصابية الحادة بمحاولة الظهور بمظهر اللامهتــم والخالي من القلق ، والقادر على الاستمرار في الحوار .

حصل سلطان على نسبة ذكاء كلية مقدارها ٩٥ مما يضعه في مستوى الأسوياء وفق المعايير السعودية المحلية ، وبلغت نسبة ذكائه اللفظى ١٠٧ وذكائه العملي ٧٨ . ونلاحظ أن بينما تضعه نسبة ذكائه اللفظي في المستوى العالي من العاديين ، فإن نسبة ذكائه العملي تضعه في أقل من ذلك بكثير

(على حدود التخلف العقلي) . ولهذا فمن المؤكد أن اضطرابه الانفعالي الزائد قد أخذ يؤثر في وظائفه العقلية وانتظامها بدرجة واضحة . ولهذا فقد انخفضت درجاته في المقاييس اللفظية خاصة تلك التي تحتاج إلى تركيز وانتباه كالحساب .

ومن الناحية الإيجابية ، فإن من أهم مصادر القوة في شخصية سلطان تكمن في وجود قدرات لفظية نامية ، وقدرة متطورة على حسن استخدام اللغة ووفرة المفردات ، وقد انعكس ذلك في أدائه الجيد على مقياسين فرعيين من وكسلر هم : المفردات والفهم العام .

ويعتبر سلطان من الناحية العائلية واحداً من بين عدد كبير من الأخوة جاءوا من أمهات مختلفات ، وقد كان واضحاً أن علاقته بأبيه تفتقر كثيراً للدفء والتفهم والاهتمام فقط بفرض القيود ، وجمع المال . ويعتبر أكبر إخوانه الأشقاء وقد وصف علاقته بأمه بأنها عادية لكنه كان واضح التعلق بها ويراها على أنها إنسانة طيبة ولكن ذات شخصية ضعيفة .. ولأن سلطان كان أكبر أخوته ، فقد كانت أمه تنظر إليه دائماً نتيجة لغياب الأب - بصفته مسئولاً عنها وعن أخوته ولكن إمكانياته لم تكن تسمح بذلك ، ولهذا فقد كان إدراكه لدوره مملوءاً بالتناقض ويبدو أن اعتماديته العصابية وسلبيته الشديدة تعتبر استسلاماً وتخلياً عن مسئوليات يعرف مقدار ألمها .

والخلاصة أن مشكلات سلطان ذات مصدر انفعالي ويمكن أن نحدد عدداً من المشكلات الرئيسية :

١ - القلق الشديد . ٢ - التبعية والسلبية .

٣ - افتقاد واضح للمهارات العلمية والاجتماعية .

٤ - الشعور بالإحباط الشديد من الحياة والأسرة .

ولكن سلطان يعتبر من الناحية العقلية مرتفع الذكاء ، كما أن دوافعه للنمو لاتزال لحسن الحظ قوية ولهذا ننصح بما يلى :

١ - تشجيعه على أداء أعمال تتطلب ذكاءاً نظرياً عالياً ، على أن الأعمال المعقدة كثيراً لايجب البدء بها نتيجة لسرعة إحباطه .

٢ - يمكن وضعه في برامج التدريب على بعض الأعمال والدورات الفنية التي تتم بالمستشفى .

٣ - يجب تشجيعه على العودة للدراسة لكي يحسن من مستواه التعليمي .

٤ - ننصح بمراجعة خطته العلاجية الطبية بحيث يحد من العقاقير المهدئة التي يتعاطاها ، وأن يشجع من خلال العلاج النفسي على الثقة بالنفس ، وتدريب المهارات الاجتماعية .

٥ - تدريبه على الاسترخاء العضلي بداخل العيادة لكي يكتسب سيطرة على قلقة وتوتراته .

وباختصار فإن هذا المريض يعتبر ذا ذكاء لا بأس به ، ويخلو من الاضطرابات العقلية الذهانية ، وهناك أمل كبير في أن يتطور نحو مزيد من الثقة بالنفس والتحرر من القلق إذا ما أتيح له العلاج النفسي والاجتماعي الملائم .

التشخيص : قلق مزمن .

التوقيع .

الخلاصة

كتابة التقرير الإكلينيكي فن يحتاج لمهارة شديدة على التواصل بالآخرين وبالاستفادة بكل المعلومات الهامة المجتمعة عن الحالة من خلال كل المصادر الممكنة . والتقرير الناجح هو الذى يجب أن يشتمل على نقاط رئيسية منها :

أسباب كتابة التقرير ، والمقاييس أو الاختبارات المستخدمة ، والتاريخ الانفعالي والعقلي ، والاجتماعي للحالة ، وعلاقات المريض بالمواقف الاجتماعية المختلفة . فضلاً عن التكامل بين المعلومات المتجمعة والتاريخ السابق لتطور الأعراض ، وظهورها . على أن ينتهي التقرير بوضع تصور واضح للمشكلات الخاصة التي يعاني منها المريض مع ذكر التوصيات الملائمة للتخلص من هذه المشكلات . ويجب أن تكون لغة التقرير واضحة ومركزة وخالية من المصطلحات النفسية التي لا يفهمها أحياناً إلا المتخصصون في علم النفس . كما يجب أن تكون التوصيات واقعية ونابعة من تقدير جيد للظروف العملية والأسرية التي يحياها المريض .

الفصل السادس

العلاجات النفسية الفردية

لا شك فى أن مهمة العلاج النفسي من المهمات الرئيسية التي من المطلوب من الأخصائي النفسى الإكلينيكي إتقانها والتدرب عليها ، وما من شك أيضاً أنها من أكثر المهمات جاذبية للعاملين بالحقل الإكلينيكي . ومن المعروف أن جزءاً كبيراً من الوقت الذي يكرسه الممارسون الإكلينيكيون للعمل الإكلينيكي يركز على هذه المهمة سواء كان الممارس أخصائياً نفسياً ، أو طبيباً نفسياً ، أو أخصائياً اجتماعياً ..... الخ .

صحيح أن من المطلوب من الأخصائي النفسي أن يقوم بأدوار أخرى متعددة بجوار العلاج النفسى ، إلا أن من المؤكد أن العلاج النفسى بقي ويبقى من الأشياء الرئيسية التي يناضل علماء النفس الإكلينيكي لتأكيد حقهم فيها ، وفي ممارستها بشكل مستقل ، بعد أن كانت قاصرة على الطبيب النفسي .(*Strupp, 1986*) .

ويعرف المتخصصون في العلاج النفسي حقيقة (قد تبدو غريبة لغير المتخصصين) وهي أنه لا يوجد علاج نفسي واحد ، بل إن هناك وجهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها فى العلاج ومحكاتها فى تقدير النجاح والفاعلية فيه . وقد ذكر تقرير صدر عن المعهد القومي للصحة العقلية الأمريكي نشر منذ عدة سنوات *(National Institute of Mental Health, 1975)* أن هناك أكثر من ١٣٠ شكلاً من أشكال العلاج النفسي تمارس في مؤسسات الصحة العقلية والنفسية الأمريكية ، لكل منها

مناهجها وأساليبها المستقلة فى الممارسة ، ويزعم كل منها أيضاً أنه ينجح في مهمته العلاجية بصورة فعالة .

ولاشك أن من تتح له فرصة الإطلاع على بعض مناهج العلاج النفسى سيسمع عن أنواع متعددة متنوعة كالتحليل النفسي الفرويدى ، والتحليل النفسي ليونج *Jungain* والتحليل النفسي اللاكاني *Lacanian* ، والعلاج الأدلرى *Adelerian* ، والعلاج العقلاني ، والعلاج الجشتالتي ، والوجودى ، والمتمركز – حول – العميل ، والتحليل التبادلي *Trans-actional analysis* ، والعلاج بالاسترخاء ، والتطمين التدريجي *Systematic desensitization* ، والغمر *Flooding* ، والعلاج بالواقع ، والعلاج الأسرى ، والديني ، واللعب ، وتحقيق – الذات ، والعلاج بالقدوة ، والتدعيم ، والسيكودراما .... إلخ . أنظر جدول (١ – ٥) للإطلاع على المراحل الرئيسية فى ظهور أهم أنواع العلاج النفسي .

ولهذا فمن المؤكد أن مهمة تعريف القارئ بمناهج العلاج النفسي مهمة عسيرة وشاقة ولا يمكن النجاح في تقديمها من خلال فصل أو حتى كتاب واحد . وما سنفعله بدلاً من تقدم هذا الموضوع بالاعتماد على عرض النظريات والمناهج المختلفة واحدة وراء الأخرى ، هو أن تقدم الخصائص العامة المشتركة بين مناهج العلاج النفسي ، وأهدافه ، وعوامل فعاليته ، ونتائجه على الشخصية والسلوك.

جدول (١-٦)

مراحل رئيسية في تصور العلاج النفسي فى الميدان الإكلينيكي

العام	مراحل التطور
١٧٩٣	" بينيل " *Pinel* الفرنسي يحرر المرضى العقليين من الأغلال ويدعو إلى بعض القواعد الأخلاقية في علاج المرضى .
١٨٢٤	" تود " *Todd* يؤسس منتجعاً لخدمة العقليين وفق بعض

	القواعد الأخلاقية والعلاج البيـئي .
١٨٤٠	بداية إنشـاء المسـتشفيات العقليـة .
١٨٩١	" برنهايم " *Bernheim* يصف عملية العلاج بالتنويم المغناطيسـى .
١٨٩٥	" بروير " *Breur* و " فرويد " *Freud* يصفان ميكانزم " الطرح " وأهميته فى العلاقة بين المعالج والمريض .
١٨٩٦	" ويتمر " *Witmer* يدعو إلى العلاج التربوى فى العيادات النفسـية
١٩٠٠	" فرويد " يصوغ نظرياته في الأحلام والتداعي الطليق من حيث أهميتها فى العلاج النفسي .
١٩٠٥	" ورشتسر " *Worcester* و " برات " *Pratt* يبدآن العلاج الجمعي
١٩٠٥	" فرانز " *Franz* يبدأ تعليم المرضى بالتلف العضـوى المصحوب بفقدان القدرة على الكلام كي يستعيدوا قدراقم على استخدام اللغـة .
١٩٠٦	" جانيـه " *Janet* يقترح علىالمرضى السيكوباتيين إعادة تعلم استجابات المنافسة في المواقف الاجتماعية كطريقة لضبط أمراض الاندفاع .
١٩٠٨	" ديبوا " *De Bois* يدعو إلى العلاج من خلال الكلام لاقناع مرضاه بالتغير الإيجابي .
١٩٢٠	" واطسـون " *Watson* و " راينر " *Rayner* يصفان حالة تصف اكتساب المخاوف وفق قواعد التشريط والتعلم البافلوفي .
١٩٢٢	" أدلر " *Adler* يبدأ العلاج الأسـرى من خلال المقابلات العلاجيـة .
١٩٢٨	بدايـة تبلور العلاج باللعب لدى الأطفـال بفضل " أنا فرويد " *Anna Freud*
١٩٣٢	" مورينو " *Moreno* يقدم مفهوم " العلاج الجمعى " ومن قبله " السيكودراما " .
١٩٣٤	" ألن " *Allen* يقدم مايسمى بالعلاج السلبي الذي أثر في كارل

	روجرز فيما بعد .
١٩٤٢	" كارل روجرز " *Rogers* يضع قواعد العلاج النفسي – المتمركز – حول العميل.
١٩٤٦	بلورة العلاج بالتحليل النفسي المختصر لتصحيح الخبرات الانفعاليـة بفضل "الكسندر" *Alexander* و " فرنش " *French* .
١٩٤٨	" ليفـن " *Kurt Lewin* وزملاؤه يصوغان قواعد جماعات التدريب *T Gourps*
١٩٤٨	" بتلهايم " *Bettleheim* وزميله " سيلفستر " *Silvester* يطوران قواعد العلاج البيئي *Milieu therapy* .
١٩٤٩	" سـالتر " *Salter* يدعو إلى العلاج النفسي من خلال الفعل المنعكس الشرطي وينشر كتاباً بنفس العنوان مما يساعد على بلورة العلاج بالتوكيدية والتطمين فيما بعد.
١٩٥٠	" دولارد" و " ميلر " *Miller* يوفقان بين التحليل النفسي ونظرية التعلم من خلال مفهومهما عن الشخصية والعلاج النفسي .
١٩٥١	ظهـور العلاج الجشتالتي بفضل " بيرلز " *Perlz* .
١٩٥٣	" فرانكل " *Frankle* يدعو إلى العلاج بالكلمة *Logotherapy* كمنهج من العلاج النفسي الوجـودى .
١٩٥٣	" سكينر " يطبق نظرياته في التشريط الإجرائي في ميدان العلاج وتعديل السلوك .
١٩٥٣	" سوليفان " يقدم نهجـه في العلاج بين الأشخاص *Interpersonal*
١٩٥٨	" ولبي " يقدم مفهوم العلاج من خلال الكف – المتبـادل .
١٩٥٨	ألبرت اليس *Ellis* يصـوغ قواعد العلاج العقلاني أو الدفع المتعقـل
١٩٦٠	تبلور التحليل النفسي المعرفي وتطور في تكنيك التحليل النفسي بفضل المحلل النفسي الشهير جاك لاكان .
١٩٦٣	تبلور العلاج الجنسي *Six therapy* بفضل ماسترز *Masters* وزوجته.

١٩٦٤	ظهور العلاج بمنهج التحليل التفاعلي (التبادلي) *Transacitonal analysis* بفضل " بيرن " *Bern* .
١٩٦٤	تبلور العلاج المعرفي للاكتئاب بفضل بيك *Beck* .
١٩٦٨	" ايلون " و " أزرين " يضعان مفهوم العلاج من خلال منهج اقتصاديات التدعيم.
١٩٧٥	ظهور تيار البرمجة اللغوية العصبية وفنون التواصل على يد جرند وباندلر .

عن *(Kendell and Norton - Forel, 1983)* مع بعض التصرف

خصائص العلاج النفسي وأهدافه

يعرف ؟ ولبرج *(Wolberg, 1967)* العلاج النفسي بأنه : شكل من أشكال العلاج للمشكلات ذات الطبيعة الانفعالية ، يحاول خلالها الشخص المدرب أن يقيم – عامداً – علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد ، أو تعديل أو تأجيل ظهور أعراض موجودة ، أو أنماط شاذة من السلوك ، ومن ثم التوصل إلى نمو إيجابي في الشخصية وفي تطورها *(P.3)*

ومع أن هذا التعريف يعكس تأثر . " ولبرج " بالتقليد الطبي خاصة في استخدامه كلمة " أعراض " أو " شذوذ " إلا أنه يتفق بشكل عام مع التعريفات التي يقدمها علماء النفس الإكلينيكي والتي من أبرزها تعريف روتر (روتر ، ١٩٧١) الذى ينص على أن " العلاج النفسي ... هو النشاط المخطط الذى يقوم به السيكولوجي هادفاً منه إلى تحقيق تغيرات في الفرد تجعل حياته أسعد، وأكثر بنائية أو كليهما معاً ". (ص . ١٣٧) .

على أن هذين التعريفين يعتبران من التعريفات الشمولية التي تحاول أن تصل للخصائص المشتركة في مناهج العلاج النفسي المتنوعة مما يجعلهما غير

قادرين على وصف الخصائص النوعية المميزة لكل طريقة من طرق العلاج . ولهذا فمن الأفضل للتعريف بالعلاج النفسي – أن نبدأ بوضع قائمة بأهـداف العلاج النفسي وبمناهجـه المختلفـة ، نخلص بعدها إلى تحـديد النقاط المشتركة بين تلك المناهـج .

أهـداف العلاجات النفسـية :

بالرغم من أن لكل منهـج من مناهج العلاج النفسي أهداف خاصة به ، إلا أن من الواضح أن التعرض لكل منهج بمفرده أمر بتجاوز حدود هذا الكتاب ، ولهذا سنوضح فيما يلي الأهداف الرئيسـية للعلاج النفسي خاصة تلك التي تنتمي إلى المناهج الفردية منه ، وذلك بالاعتماد على عدد من المراجع الرئيسية فى هذا الموضوع *(e.g. Garfield, 1981,. Korchin, 1976, Phares, 1979,. Sundberg, et. al,. 1973, Tyler & Taplan, 1973)*

١ – تقوية دوافع المريض (العميل) لعمل ماهو صائب:
لعل من أول أغراض العلاجات النفسية على اختلاف مناهجها هو أنها تحاول أن تقوي من دوافع المريض (العميل) لعمل ماهو صائب . ويرى " ساندبيرج " وزملاؤه *(Sundberg et. al., 1973)* أن هذا الغرض من أقدم أغراض العلاجات النفسية التي ظهرت قبل ظهور علم النفس الإكلينيكي . فالإيحاء والتنويم المغنطيسي ، والنصائح المهنية التي كان يقدمها الأطباء القدامى لمرضاهم ، جميعها في واقع الأمر كانت تهدف إلى دفع الشخص إلى السلوك بطريقة معينة يعتبرها الشخص صائبـة أو لائقـة .

٢ – إطلاق الانفعالات وتيسير التعبير عن المشاعر : العلاج النفسي فيما يرى " فارس " *(Phares, 1979)* خبرة انفعاليـة . ويرى البعض – خاصة من علماء التحليل النفسي – أن العلاج النفسي إذا لم تصحبه أو تتخلله مشاعر الغضب ، والقلق ، والدموع لايعتبر علاجاً بالمعنى الدقيق . ويبدو أن هذا المعنى هو الذى يرتبط بالعلاج النفسي فى أذهان العامة ، وهو المعنى الذى تروج له الأفـلام السينمائية والتمثيليات الإذاعية والتليفزيونية

في الشرق والغرب التي توضح أن التخفف المفاجـئ من أعراض القلق والعصاب تحدث إثر خبرات تنطلق خلالها انفعالات الفرد ومشاعره دون قيود .

٣ - **إطلاق إمكانيات النمو والتطور** : فالمعالج النفسي - عند البعض - هو من لايأخذ مهنته بشكل آلي : يحدد جوانب الضعف ويقوم بترميمها ، ولكنه كما يرى " ساندبيرج " وزملاؤه *(Sundberg et. al. 1973)* هو الذى يأخذ مهنته كما يأخذ البستاني حديقته : يرعاها ، ويستأصل الحشائش الضارة فيها ويمدها بالضوء والغذاء والماء حتى تنمو أشجاره وتنطلق إمكانياتها على النمو إلى أقصى مايمكن . ولهذا يركز " كارل روجرز " ومن قبله " يونج " - اللذان يتبنيان هذا المنطلق النظرى في تفسير نمو الشخصية بصفته عملية دائمة لاتتوقف ، مهما بلغت الخبرات السابقة من سوء . ولهذا يبلور بعض المعالجين النفسيين هدفهم الرئيسي من العلاج على فكرة تشجيع الفرد على الإبداع والتفتح للخبرات الداخلية والخارجية ، وتيسير القدرة على اتخاذ القرارات وشجاعة التغيير والنمو حتى يكتشف أهدافه وإمكانياته اللانهائية على النمو والتطور بشخصيته . ويفعل المعالجون النفسيون ذلك إما من خلال الكشف عن العراقيل القديمة والراهنة في حياة الفرد التي تتعارض مع نموه ، وإما من خلال إعانة الفرد على اكتشاف ما ينطوى عليه المستقبل من إمكانيات هائلة . وفي كل الأحوال يعتقد أصحاب هذه النظرية التطورية أن هدف العلاج النفسي الرئيسي يتمثل في اكتشاف السبل المؤدية إلى تيسير عملية النمو الأحسن والأفضل وليس خلق شيء جديداً أو إقامة أهداف جديدة للفرد قد لاتنسجم مع تكوينه .

٤ - **تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة** : يسلم بعض المعالجين النفسيين (إبراهيم ، ١٩٨٣ ، *Kelly, 1955, Ellis, 1969*) أن العلاج

النفسي الناجح يعلم الفرد كيف يفكر تفكيراً صحياً وبالتالي يستطيع أن يسلك ويتصرف بطريقة ناجحة . ومن ثم فإن نجاح العلاج النفسي لدى هذا البعض - يجب أن يكون مصحوباً بتحسن في طريقة تفكيره والتغير فيها . وتبين بعض الدراسات الحديثة أن كل أساليب العلاج النفسي تقريباً بما فيها العلاج البيولوجي القائم على استخدام العقاقير تعتمد اعتماداً حاسماً في تحقيق نجاحها على عوامل معرفية مثل ، توقع بعض المكاسب العلاجية ، والاتجاه الفكرى نحو العلاج ، والمعلومات التي يحصل عليها الشخص عن بعض الأمراض كالقلق ، أو الاكتئاب . وقد قدم أصحاب هذا الاتجاه أساليب جيدة ومبتكرة للمساعدة على اكتشاف الأنماط الخاطئة من التفكير لدى المرضى ، وبالتالي تعديلها واستبدالها بأساليب أكثر ملائمة للصحة النفسية (أنظر إبراهيم ، ١٩٨٣ خاصة الفصل المعنون بالعقلانية أو تعديل أخطاء التفكير).

٥ - **المعرفة بالذات :** يعرف المعالج النفسي مريضه بذاته بالمعنى العام ، فهو يحدد له أهدافه ، ويساعده على اكتشاف جوانب القوة والضعف ، ويبين له - بالاعتماد أحياناً على الاختبارات والمقاييس - ماهي ميوله المهنية ، واتجاهاته ، وحاجاته . وتجعل نظرية التحليل النفسي من أهدافها الرئيسية منح المريض استبصاراً أى معرفة بالعوامل اللاشعورية التي تحكم سلوكه وتوجهه وجهات غير مرغوبة .

٦ - **تغيير العادات المرضية :** لم يعد كثير من المعالجين ينظرون للاضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز فطرية ، أو صراعات داخليه لا شعورية ، بل على أنه استجابات وعادات شاذه تكتسب من خلال تعلم خبرات خاطئة . ولهذا يكون هدف العلاج لدى هذا البعض هو مساعدة المريض على تكوين عادات جديدة من خلال مبادئ التعلم . وينتمي لهذا الاتجاه أصحاب النظرية السلوكية الذين أغنوا العلاج

النفسي بكثير من المبادئ والأســاليب العلاجيــة التي تعتمــد على نظريــة التعلم ، والتي سنفرد لها الفصل القــادم *(Goldfried, 1982)*

٧ - **هناك بعض النظريات العلاجيـة التي تجعل هدفها الرئيسي هو تدريب المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الناس** : وترى هذه النظريات أن مصدر الاضطراب النفسي والعقلي هو اضطراب علاقة المريض بالأشخاص المهمــين في حياته . ويجد أصحاب هذا الاتجاه أن الخبرات المبكرة من العمر تعتبر شديدة الأهمية في تحديد أنواع الاضطرابات في العلاقات الاجتماعية وآثارها على مستقبل الفرد . ولهذا فإن مناهجهــم تتجــه إلى الكشف عن الجوانب السلبية فى العلاقات الاجتماعية ، وبالتالي علاجها . وكذلك تتجــه اهتماماتهم لابتكار كثير من الوسائل لتحسين أســاليب التواصل الفكرى والوجداني بين الناس على أساس أنها حاســمة في تحديد اتجاهات الصحــة أو المرض في الشخصية . وقد ساهم أصحاب هذا الاتجاه في تطوير تيارات العلاج الجمعي الذى يسمح للمريض بإقامة علاقات جديدة ، وأن يلاحظ أســاليبه في التفاعل ، وأن يستمد العون من الجماعة لمعرفة أخطائه في السلوك أو التفكير وبالتالي أن ينمى مهاراته الاجتماعية *(Strupp, 1986)*

هــذه هى فيما يبدو أهم الأهداف العلاجيــة التي تنتشر بين الاتجاهات المختلفة من العلاج النفسى . ومن الصحيح أن بعض المدارس العلاجية تؤكــد هدفاً منها أكثر من المدارس الأخرى إلا أن من المؤكــد أن كثيراً من هذه الأهداف تتداخل فيما بينها بشكل يجعل كثيراً من المعالجين النفسيين يتحدث عن أكثر من هدف منها عند الحديث عن نظرياته . ولهذا نجد أن فرويد مثلاً ركز في بداية حياته على هدفين من الأهــداف السابقة هما إطلاق الانفعالات أو ما أســماه بالتفريغ الانفعالي *Cathersis* والمعرفة بالذات أو ما أسماه بالاستبصار *Insight* ، لكنه أخذ فى أواخر حياته يركز أيضاً على فكرة التطور والعلاقات بالآخرين فى مراحل الطفولة المبكرة ، كهدف من

أهداف التحليل النفسى . قس على ذلك " كارل روجرز " صاحب نظرية العلاج – المتمركز – على العميل فقد بدأ حياته المهنية بالتركيز على أهداف منها ؛ المعرفة بالنفس ، والتحولات الإدراكية *Perceptual shifts* ، والنمـو الخلاق ، ثم بدأ تدريجياً يتحول نحو التركيز على فكرة النمو الخلاق أكثر من التركيز على أى هدف آخر .

العوامل الفعالة المشتركة بين مدارس العلاج :

يبدو أن اختـلاف المدارس العلاجيـة ، وتعـدد النظريـات فـي هذا الموضوع من ناحيـة ، واتجـاه بعض زعماء غالبيـة هذه المدارس نحو التعديل من أهدافهم العلاجية ونظرياتهم قد جعلـت الكثير من الباحثين يرون أن النجـاح فى العلاج النفسي لايعتمد على الأساس النظرى بقدر مايعتمد على شخصية المعالج بغض النظر عن انتمائه النظرى لهذه النظرية أو تلك . ومن الأسباب التى أدت إلى هذا التفكير هو وجود بعض التشابهات بين المعالجين النفسيين الناجحين فى علاجهم بالرغم من اختلافاتهم النظرية . خذ على سبيل المثال بعض الدراسات التى ركزت على خاصيتى الدفء *Warmth* والتقبـل *Acceptance* فى شخصية المعالج . لقد بينت هذه البحوث أن غالبية المعالجين الناجحين يستطيعون تكوين علاقات دافئـة ، ويتقبلون مرضاهـم . وبالرغم من أن " كارل روجـرز " قد ركز على هذه الجوانب وأبرزها بشدة فى نظرياتـه ، إلا أن هاتين الخاصيتين : الدفء والتقبل للآخـرين قد وجدتا بين جميع المعالجـين النفسـيين سـواء كانوا ينتمـون لنظرية " روجرز " أو التحليل النفسى ، أو العلاج السلوكى ... الخ . ولهذا يرى البعض أن هناك خصائص مشتركة تميز العلاج النفسي الناجح مهما كان انحيازه النظرى فيما يأتى :

(١) الاهتمام بالعالم الشخصي – الداخلي للفرد :

وبالرغم من أن بعض أشكال العلاج النفسى كالعلاج السلوكي تهتم بتأثير البيئة والتعلم على السلوك ، فإن كل أشكال

العلاج النفسي بما فيها بعض أشكال العلاج السلوكي تحاول أن تهتم بالشخصية ، وتحسين أساليب الفرد ، ومشاعره ودوافعه ، وتوقعاته . والمعالجون النفسيون حتى وهم يدركون تأثير البيئة الخارجية ، فإنهم يعلمون أحياناً أن تغيير البيئة - لتحقيق العلاج - قد يكون أمراً متعذراً . ولهذا فإن كل نظرية من نظريات العلاج النفسي تحاول أن تقدم بعض الفنيات المهنية لتعديل سلوك الشخص ذاته ، أو تحسين أساليبه في الاتصال بالبيئة حتى يمكن إقامة صلة ممكنة بين الفرد وبيئته الخارجيـــة .

(٢) الكفاءة المهنيـة :

بالرغم من أهمية العوامل الخاصة بشخصية المعالج كالدفء والتعاطف ، فإن الكفاءة المهنية والمهارة وحسن التدريب تلعب أدواراً شديدة فى نجاح العلاج . ولهذا فإن الترخيص بمزاولة مهنة العلاج النفسي فى كثير من الدول المتقدمة تشترط كثيراً من عوامل الخبرة والتدريب ، والإلمام النظرى والأكاديمى بالمعرفة النفسية والاجتماعية فضلاً عن الوعي بالذات .

ومن المعلوم أن كثيراً من المرضى لايتجهون للعلاج النفسى لمجرد وجود معالج دافئ ومتعاطف ، ولكنهم أيضاً يبحثون بجوار ذلك عن شخص كفء وخبير . ولهذا تكشف بعض البحوث *(Garfield, 1981, P. 166)* أن التوقعات التي يكونها بعض المرضى عن كفاءة المعالج ومهارته وخبرته تلعب دوراً هاماً فى نجاح العلاج النفسي فى جميع مدارســة .

(٣) التخفيف من مشاعر القلق لدى المريض :

إذ من المعلوم أنه مهما كان موقف بعض النظريات من موضوع إثارة القلق خلال الجلسة العلاجية وإثارة الانفعالات فيها ، فإن جميع المعالجين في ميدان الممارسة يحاولون تخفيف مشاعر القلق لدى

المريض حتى يمكنه اختبار وفحص العوامل المسؤولة عن مشكلاته بشكل أقل انفعالاً.

وثمة ما يشير *(Phares, 1979. P. 326)* إلى أن الشروط الرئيسية للعلاج النفسي ، بما فيها طبيعة العلاقات وشخصية المعالج ، والمحافظة على أسرار المريض كلها تتضافر لخلق إحساس بالأمان والاطمئنان لدى المريض بشكل يمكنه من احتمال مشاعر القلق وبالتالي يعطيه القدرة على مواجهة مصادر مشكلاته وخططه العلاجية في المستقبل بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع .

ومن المعلوم أن القلق الشديد لدى بعض المرضى هو الذى يدفع الأطباء النفسيين لاعطاء عقاقير مهدئة لمرضاهم عندما تفشل الوسائل العادية في تخفيف حدة القلق . لكن من المهم أن نؤكد أن هذه العقاقير ماهي إلا وسيلة مؤقتة وليست حلاً نهائياً للمشكلات ، ولهذا يجب أن يكون استخدام العقاقير مصحوباً دائماً بالعلاج النفسي ، وأن يكون المعالج النفسي مسلحاً بكثير من الوسائل والطرق والمهارات التى تساعد على تخفيف حدة مشاعر القلق لدى مرضاه .

لكن يجب ألا يزداد الميل لتخفيف قلق المريض لدرجة تحوله إلى شخص غير مكترث بالواقع ولا بما يحدث له ، وإلا كان هذا من العوامل المدمرة غير العلاجية للشخصية . لكن المعالج النفسي الناجح هو الذى يحكم القلق بقدر ، ولدرجة معينة متوازنة تسمح بإثارة مشاعر الاطمئنان فى التعامل مع مصادر التهديد ، لكن دون أن تفقد الدافع تماماً فى التعامل مع هذه المصادر المهددة .

(٤) إقامة علاقة وثيقة بالمريض كوسيلة للتغير الإيجابي :

ولهذا يعتبر مبدأ الطرح من المبادئ الرئيسية فى نظرية التحليل النفسي مثلاً . ولكن يجب ألا تزداد هذه العلاقة بصورة انفعالية تجعل

المعالج عاجزاً عن الرؤيــة الموضوعية لمشكلات المريض وخصائص البيئة .
ومن المعلوم أن كثيراً من الطلاب المبتدئين فى العلاج النفسي غالباً ما يتبنون هذا المبدأ بصورة انفعالية لاتجعلهم عاجزين عن إدراك مشكلات المريض بصورة موضوعية فحسب ، بل قد تكون وبالاً على مرضاهم بسبب ماقد تتحول له هذه العلاقــة من تبعية للمعالج ، وعجز عن الاعتراف بالأخطــاء ، وازدياد المعتقدات والهواجس الخاطئــة .

ومن الجدير بالذكر أن التطورات الحديثة لمفاهيم وأساليب التحليل النفسي بفضل جاك لاكان قد أبرزت أن الطرح بشكليه الإيجابي (الحب) والسلبي (الكراهية) هما أحد أشكال المقاومة التي تستخدمها الأنا ، ولذا يجب عدم التعامل معه كنتائج إيجابية بقدر ما يحاول المعالج الوصول إلى ما يسمى بالطرح الرمزي أو المعرفي الذي يقيم العلاقة على أساس مهني تنعكس نتائجها على الطرفين . (عسكر ، ٢٠٠٠)

(٥) إعطاء تفسير أو توضيح لأسباب المشكلة ومصادرها :

يرى "جارفيلد" *(Garfield, 1981, P. 166)* أن غالبية مدارس العلاج النفسي تحاول أن تعطى المريض أو العميل تفسيراً أو بعض التفسير لمرضــه ، وتكشف له عن العوامل الممكنة المسؤولــة عن حالته ، وأسلوب العلاج الذى ينجح فى شــفائها . ومن ثمة يستطيع المريض أن يبنى منطقاً متسقاً يفسر له أسباب ما يتملكه من مشكلات أو أعراض ، ويرسم له أيضاً صورة متسقة عما يصلح لعلاجه بشكل يدعم إمكانياته الشخصية واستقلاله في تنفيذ خطة العلاج .

(٦) منح المريض الأمل *Hope* فى التغير الإيجابى :

وقد أشار إلى هذه الخاصية فرانك *(Frank, 1961)* موضحاً أنها من العوامل الرئيسية المشتركة بين كافة أشكال العلاج النفسي . فمعرفته بمشكلات المريض ، ووعيــه بها وقدرته على تفسيرها من خلال عمله ، وقدرته على قيادة مريضه نحو وجهات علاجيــة بناءة

تخلق جميعها الأمل لدى المريض فى أن مشكلته قابلة للحل وأنه في يد أمينة ، مما ييســر تطور إمكانياته على التحســن فى مشاعره وسلوكه .

عوامل النجاح فى العلاج النفسى

يتوقف النجاح فى العلاج النفسى على عوامل بعضها يتعلق بالمريض ، وبعضها يتعلق بطبيعة المشكلة ، ويتعلق بعضها الآخر بشخصية المعالج ، كما سنرى فيما يلى: -

أ - فيما يتعلق بالمريض :

العلاج النفسى ليس عملية سلبية يقوم فيها خبير إكلينيكي بعلاج المريض بشكل آلي ، ولكنها عملية تفاعلية تتطلب خصائص فى المريض لتحقيق أكبر قدر من الفاعلية فيها . وقد كشفت البحوث عن عوامل متعددة خاصة بالمريض منها :

(١) الذكاء :

يتطلب العلاج النفسي قدراً من الذكاء ولكن ليس معنى ذلك أن المتخلفين وضعاف العقول لايستفيدون فى بعض الأحوال من الكشف عن أنفسهم ومن الحديث مع معالج نفسي عن مشكلاقم ... فهذا يحدث . لكن مع ذلك فإن البحوث تبين أن الأفراد الأذكياء - إذا تساوت الشروط الأخرى يكونوا أكثر استفادة من العلاج وأكثر قدرة على معالجة المتطلبات الضرورية التى يحتاج المعالجــون تنفيذها .

(٢) الدافع :

يحتاج العلاج النفسي من المريض الكثير بسبب امتداده فترات طويلة من الزمن . وإذا كان للعلاج أن ينجح ، وإذا كان على المريض أن يحتمل المصاعب التي تثور خلال عملية العلاج الطويلة ، والقلق ، والنكوص أحياناً ، فإنه يجب عليه - أى المريض - أن يكون ذا دافع قوى يمكنــه من الفحص المتأني لسلوكه ، ومن عـــدم الإحباط

الســـريع ، ومن القدرة على ممارســـــــة أشـــكال ســــلوكية جديدة .

ولهذا لاينجح العلاج النفسي إلا إذا كان المريض متطوعاً وراغباً فيه . ومن ثم تبين البحوث بحق أن المساجين هم من أقل الفئات استجابة للعلاج النفسي لأنهم لايتجهــون له طواعية (Phares, 1979) .

(٣) - الســن :

تبين أن الصغار والشباب أكثر استفادة من العلاج النفسي بالمقارنة بالمسنين . فمن هم في الـ ٢٥ من العمر يستفيدون أكثر ممن هم في الستين ، والسبب في هذا هو ما يتميز به الشباب من مرونة وعدم تصلب في الاتجاهات والسلوك من المسنين . وربما لأن دوافعهـــم على التقدم والارتقاء أقوى ، أو ربما لأن سلوكهم واتجاهاتهم لم تتشكل بصورة قوية . ولهذا فإن توافرت خصائص التفتح والمرونة والدافع حتى لدى شخص مســـن فى الـ ٥٥ مثلاً فإنها قد تكون علامـــة إيجابيـــة على نجاح العلاج النفسي . ومن ثم فإن السن وحدة ليس محكاً قوياً للنجاح ، ولكن السمات والخصائص الشخصية التى تصاحبه هى التى ترجح النجاح فى العلاج النفسى .

ب - فيما يتعلق بطبيعة المشكلة أو الشكوى :

(١) حــدة المشكلة :

من المؤكد أن السلوك العصابي أكثر قابلية للعلاج بشكل عام من السلوك الذهاني . ومن الواضح أن الذهاني الذى انفصل عن واقعه وأقام بينه وبين العالم حاجزاً قوياً من - الانسحاب الشديد سيجد صعوبة شديدة فى الاستجابة للعلاج النفسى التقليدى . ولهذا تفضل للعلاج المشكلات العصابية ومشكلات التوافق أكثر من المشكلات الذهانية بسبب ما تنطوى عليه من شدة وتدهــور .

(٢) الاضطرابات ذات المصدر العضــوى :

بالرغم من وجـود وسائل أخرى لعلاج الاضطرابات ذات المصدر العضوى (أى الذهان العضوى مثلاً ، فإن من المعروف أن مرضى هذه الفئة لايستجيبون للعلاج * بالنفسي والتحليل . صحيح أن بعض فئات الذهان العضوى يستجيب للعلاج النفسى ، إلا أن هذه استثناثات لاتخرق هذه القاعدة العامة (Phares, 1979) .

جـ - شخصية المعالج :

أجـرى سـلون وزملاؤه (Sloan et. at., 1975) دراسة مقارنة عن العلاج السلوكي والعلاج بالتحليل النفسي وذلك بسؤال المرضى الذين نجحوا في العلاج على يد مجموعتين أحدهما من المعالجين النفسيين التحليليين والأخـرى من المعالجـين السـلوكيين بأن يذكروا أهم الخصائص التي يعتبرونها مهمة فى شخصية المعالج النفسي . وقد اتفق المرضى فى المجموعتين التحليلية والسلوكية على هذه الصفات .

أ - صفات اتفق ٧٥% من المرضى (الناجحين فى العلاج) على أنها شديدة الأهمية لنجاح العلاج :

١ - شـخصية المعـالج .

٢ - رغبتـة فى المسـاعدة وفهـم مشـكلتك .

٣ - تشجيعه لك على المواجهـة التدريجيـة للمشكلات التي تثـيرك.

٤ - قدرته على أن يتحدث مع شخص متفهـم .

٥ - يساعدك على أن تفهم نفسـك .

ب - صفات اتفق ٧٠% على الأقل بأنها شديدة الأهمية لنجاح العلاج :

---

* إذا كان هذا يصدق بالنسبة للعلاجات النفسية المألوفة كالتحليل النفسي ، فإنه لاينطبق على العلاج السلوكي ، إذ أن كثيراً من مناهج العلاج السلوكى ، كما سترى في الفصل القادم ، أثبتت فاعلية في علاج وتعديل أنماط السلوك المرضي في فئات الذهان العضوى .

إذا كان هذا يصدق بالنسبة للعلاجـات النفسية المألوفـة كالتحليل النفسي فإنه :

١ - يشجعك على أن تتحمل مسؤولياتك من خلال الثقة بالنفس التي يكونها لديك .

٢ - مهـارة المعـالج .

٣ - ثقتـه في أنك سـتتحسـن (PP. 206 - 207) .

ومن الواضح أن كل الصفات السـابقة أو أغلبها صفات تتعلق بشخصية المعالج وليس بانتمائه النظرى أو المعرفـى ، ولا بالأسـاليب التكنيكيـة (الفنيات) التي تستخدم في جلسات العلاج النفسى . ومن الواضح أيضاً أن أغلب هذه الصفات تركز على أشياء كالتشجيع والنصح ، والمشاركة الوجدانية .

وربما من أكثر ماتشير له دراسات سلون وزملائه هو التشابه بين المرضى الذين نجحوا فى العلاج داخل المجموعتين التحليلية والسلوكية ، واتفاقهم على ذكر هذه الخصائص ، مما يوحي بأن فاعلية العلاج - من وجهة نظر المرضى - تتوقف على عوامل وخصائص مشتركة بين المدرستين التحليليـة والسلوكية ، وليس على وجود خصائص نظرية أو فنية خاصة بكل نظرية .

وقد أجمعت بحوث متعـددة على هذه الحقيقـة ، وهـي أن شخصية المعالج أكثر تأثيراً في العلاج من انتمائه النظرى لهذه النظرية أو تلك
(Garfield, 1981, Phares 1979, Rayan and Gizynsti, 1971, Sloan et. al 1975).

وفيما يلي أهم الخصائص التي تبين أنها تنتشـر لدى المعالجين الناجحـين باختـلاف اتجاهاتهم ومذاهبهم النظريـة :

(١) التعـاطـف : *Empathy* :

ويقصد به الحسـاسـية والاستجابة المتفهمـة لمشكلات المريض واحتياجاته ومشاعره ، والظروف التي يعيش فيها . بعبارة أخرى ، القدرة

على معايشة نفس ظروف المريض وإدراك العالم من خلال وجهات نظره (أى وجهات نظر مريضــه) . وبالرغم من أهمية التعاطف فإنه لايجب أن يزيد عن الحد المعقول ، لأن العلاج الناجــح يتطلب من المعالج قدراً من الانفصال عن المريض وعالمــه حتى يكون المعالج قادراً على الرؤيــة الموضوعية للظروف المحيطــة بمريضــه ، وهو ما يعجــز المريض عنه بسبب الاضطراب الانفعالي الذى يتملكــه . ومع ذلك فإن التعاطف مثله مثل المشاركة الوجدانية يساعد على تأكيد الاتصــال الوجداني بالناس ويحمل لهم إحساساً بالقوة والثقة في وجود من يفهم مشكلاتهم فهماً جيداً .

(٢) الدفء *Warmth* :

وهى خاصية أشـــبه بما يتحدث عنه " كارل روجرز " تحت مفهوم التقدير الإيجابي غير المشروط *Unconditional positive regard* أى احترام المريض وحبه كإنسان بغض النظر عن وجود أى جوانب مرضيــة في شخصيته . وبالطبع فإن دفء مشاعر المعالج وتقبله غير المشروط لمريضه لا يمنعه (أى المعالج) من أن يكون ناقداً أحياناً ، وموجهاً . لأن بالإمكان أن نوجــه الناس وننتقد بعض تصرفاتهم دون أن نتعــدى حدود الاحترام والتقدير والحب . ومن رأينا أن الدفء والاحترام الإنساني للمريض لايتعارض مع التوجيه لــه ، بل ويعتبر الخطوة الأولى الضرورية التى تمكننا من النقــد ، ودحــض بعض التصرفات العصابية ، والمواجهــة ، والتحديث ، والاعتراض دون أن يشعر المريض بأن إحساسه بكرامته الشخصية واعتباره لذاته قد جرحا بأى شكل من الأشكال .

(٣) الصــدق *Genuineness* :

ويقصد به القــدرة على تجاوز المهارات والفنيــات الشكلية من العلاج من أجل المساهمة الصادقة مع المريض فى حل مشكلاته . ولايعنى ذلك بالطبع أن يحزن المعالج مع المكتئبين ويكتئب لاكتئابهم ، أو يذرف الدمــوع لأحــزان مرضاه ومآسـيهم ، ولكن أن يكون متفهماً لهم على المستوى

النفسى ، وأن يكون مدركاً على أن العلاج النفسي ليس بكامله تطبيقاً أعمى لبعض المهارات والفنيات ، وإنما هو مشاركة ، ومساهمة صادقة ونشطه مع المريض لحل مشكلاته .

وإذا نظرنا للخصائص الثلاث السابقة : التعاطف والدفء والصدق فإننا نجدهـا تساهم فيما بينها على تيسير الاتصال والتفاعل خلال عملية العلاج مع أهمية أن يتدرب المعالج النفسي على فنية الإنصات الفاهم ويسمح للمريض أن يفكر بصوت عالٍ وذلك ما يؤكد الخصائص الثلاث المذكورة .

والخلاصة أن نجاح العلاج النفسي إذا ما ربطنا بين كل الشروط السابقة فيما بينها يحتاج – فيما يرى ستروب (Strupp, 1974) – أولاً إلى معالج يخلق ويؤكد رابطة علاجية تتميز بروح الاهتمام والاحترام ، والفهم والتقدير والكياسة ، مع إيمان عميق بإمكانية الشـفاء ومن خلال ذلك يستطيع المعالج ثانياً أن يستخدم أسلوباً يؤثر من خلاله على المريض (مثلاً باستخدام الإيحاء أو التشجيع ، أو التبصير ... إلخ) ونحتـاج ثالثاً إلى مريض لديـه القدرة والرغبة للاستفادة من العلاج النفسى .

بعض فنيات العلاج النفسى

من المؤكـد أن كثيراً من الأسـاليب التى يستخدمها المعالج للتأثير فى سلوك مريضه خلال العملية العلاجية يعتمد إلى حد بعيد جداً على الانتماء النظرى للمعالج . ولهذا فإن الفنيات العلاجيـة التى تستخدم فى العلاج السلوكى مثلاً تختلف عن مثيلتها المستخدمة فى جلسات التحليل النفسى ، أو التحليل الوجودى ، أو جلسات العلاج الجشتالتى .... إلخ .

ومع هذا فإن هناك فنيات يشيع استخدامها فى مختلف أشكال العلاج النفسى لمساعدة المريض على تحقيق أهداف العلاج نذكر منها على سبيل المثال:

(١) التداعى الطليق :

وتستخدم هذه الفنية بشكل خاص فى جلسات العلاج النفسي بالمنهج التحليلى النفسي (الفرويدى) ومؤداهـا أن ينطلق المريض فى الحديث عن أى شيء وفى كل شيء يطرأ على ذهنه . ويعرف العاملون بحقل العلاج النفسي أن هذا التداعي ليس بالأمر السهل على المريض أن يفعله كما يبدو . وهو يتطلب ألايقوم المريض بمراقبة مايقول أن ينطلق بحرية كاملة فى الحديث دون أن يتجه للزخرفة أو التنميق ، أو اختيار موضوعات لائقـة بدلاً من موضوعات يعتقد المريض أنها غير لائقـة : كالجنس والعدوان ، أو الخبرات المؤلمـة . وتأتي صعوبة هذا الأسلوب من عمليات الكف الطويلة لمثل هذه الأفكار والضبط المتعمد لها حماية للنفس والآخرين .

ويعتقد فرويد – وهو أول من ابتكر هذا الأسلوب – أن تحرير المرضى من صراعاتهم الداخلية ومن طغيان اللاشعور ، ومن ثم تحريرهم من الأعراض المرضية وغيرها من الاضطرابات ، تتطلب جميعها تداعياً حراً طليقاً دون قيود أو رقابة . وعندئذ يكون بإمكان الطبيب المعالج والمريض كليهما أن يستكشفا العوامل العميقة والأسس اللاشعورية المسؤولة عن ظهور المشكلات بصورها المختلفة .

ومن الحق أن نقرر أن هذه الفنية العلاجية لم تعد بالانتشار بين المعالجين كما كان عليه الحال عند ظهور نظرية التحليل النفسي . صحيح أن كثيراً من المحللين النفسيين لا زالوا يشجعون مرضاهم على الكلام والحديث دون قيود ، ألا أنهم أصبحوا أقل تمسكاً بالشكل التقليدى من التداعي الطليق أيام فرويد حيث كان المريض يستلقى على أريكة التحليل يروى مايدور في ذهنه وما يطرأ على فكره.

(٢) التفسير *Interpretation*:

تستخدم غالبية مدارس العلاج النفسي فنية التفسير ولكن بمعان مختلفة . فالتحليل النفسى . يعتبر التفسير منهجاً أساسياً يمكن من خلاله أنّ

نعرض للمريض ونكشف له التفسير اللاشعوري لسلوكه وأفكاره ، وعند البعض الآخر(Phares, 1979, Weiner, 1979) يعتبر التفسير طريقة يمكن من خلالها توجيه المريض وقيادته بحيث ينجح في أن يتبنى طرقاً جديدة في النظر للأشياء . وإذا كان يجب أن نضع معنى عاماً لهذه الفنية العلاجية الهامة فإننا يمكن أن نعرفها بأنها طريقة نستطيع من خلالها أن نوجه انتباه المريض إلى مجالات ووجهات نظر مختلفة بحيث يكون قادراً على إدراك مشاعره ، وأفكاره وسلوكه بصورة مختلفة . ويمكن من الناحية الفنية النظر إلى التفسير بصفته عملية تتكون من أربعة مراحل (Weiner, 1476) هي الأسئلة المباشرة Direct Questions التي تساعد المريض على توجيه انتباهه إلى وجهات نظر جديدة أو معاني مختلفة وذلك مثل : " كيف استجاب أبوك لنجاحك ؟ " "هـل فضلت أن تلتزم بالصمت دون أن تعبر عن مشاعرك ؟ " " ما الذى فعلته بعد ذلك ؟ " . والمرحلة الثانية تعتمد على طلب توضيحات Clarifications الهدف منها التركيز على مجالات الحديث بشكل مختلف بحيث تفتح أمام المريض الباب لإدراك جديد لتصرفاته السابقة وذلك كأن يقول المعالج : " عايز تقول يعني لما تجـد نفسك مع ناس أكثر ذكاءً أو نجاحاً منك ، فإنك تجد صعوبة في التفاعـل معهم " . أو " ... هل أفهم من هذا أنك تعتقـد أن أبوك لايراعـى مشاعرك أمام زملائك ؟ " أو " أخوك يعني لا يتصرف كما يجب أن يتصرف الإخـوة الصغـار نحو الكبار " .

وقد يلجـأ المعالج إلى اسـتخدام طريقة التعجب أو الاسـتغراب Exclamation بهدف تدعيم موضوع معين أو تشجيع الاستطراد في الحديث . وقد يكون ذلك بشكل لفظى مثل " جميل ! " " هـه .. و. إسـتمر ! " ، " هـذا عجيب ! " .

والمرحلة الرابعة من المراحل الممهـدة للتفسير : المواجهة Confrontation والتي يمكن من خلالها مساعدة المريض على وضع تفسير جديد للربط بين مجموعة من الأحداث تساعد على الاستبصار الدقيق بالمشكلة، وتمهد الطريق للتفسير بالمعنى الدقيق ومن الأمثلة على ذلك : " يعني

كل الذى تفعله لحل مشكلاتك أنك تتجنب الاحتكاك بالناس الذين تحس بتهديدهـــم لك " ، أو " من الغريب أنك خلال كل الحديث الطويل هذا لم تتعرض بالكلام عن أخيك الكبير " ، أو " أنا حاسس من خلال وصفك لرئيسك فى العمل أنه ينتقدك بنفس طريقة انتقاد والدك لك .... إلخ ".

ثم تأتي المرحلة النهائية وهى التفسيرات التى يمكن من خلالها تعريف المريض ومواجهته بأشياء فى نفسه لم يكن يدرك صلتها فى إثارة مشكلاته . ومن الأمثلة الدالة على ذلك :

المريض : نعم لقد كان كل شـــيء يدعو للهزيمـــة ... كل ماكنت أقوله لنفسى هو عبارات من الرثاء الذاتى .

المعـــالج : نعم بالضبط رثـــاؤك لذاتك ... ولا شيء أكثر من هذا ... لا غرابة إذن أن تكون تعيســـاً ومكتئباً بهذا القـــدر .

من المرجح جداً أن ما تريده ليس صداقة بالمعنى البسيط بل علاقة اعتماد وتبعية أشـــــبه بعلاقتك بأمك وأهلك .

وبالرغـــم من أن التفسير مرحلة لايجب استعجالها بل هى فيما رأينا عملية يجب تنفيذها فى مراحل فإن كولبى *(Colby, 1951)* يرى أن توقيت التفسير ، ومقاديره أمر معقد لا توجد له قواعد ثابتـــة يمكن تعليمها بصورة دقيقـــة .

(٣) إعـادة صياغة الأحاسيس الانفعالية :

وهو أسلوب من الأســـاليب التى ابتكرها " كارل روجرز " مؤسس مدرسة العلاج – المتمركز – حول العميل *(Roger, 1951)* الذى يرى أن هذه الفنية من أهم الفنيات التى تساعد على إعطاء العميل صورة مطابقة لمشاعره بحيث يمكن بعدها أن يبتعد تدريجياً عن الصراعات التى تعوق تحقيقه لذاته . ولهذا نرى أن اهتمام المعالج فى مثل هذه الظروف يكون على إعادة صياغة الإحساس الانفعالي وليس على مجرد إعـــــادة صياغة محتوى الحديث نفســـه . وفي المثال التالي توضيح لاستخدام هذه الفنية .

العميلـــة : (فتاه جامعية فى الثامنة عشرة من العمر) : الحقيقة أن أبوىّ لايكفان عن إزعاجى ... فكل ما أفعله خطأ من وجهـــة نظرهـــم .

المعالـــج : واضح أنك غاضبـــة غضب حقيقى على الأهـــل .

العميلـــة : طبعاً ، عايزني أشـــعر بإيـــه من ناحيتهما ؟ واحدة مثلى دائماً متفوقة وممتازة فى عملها وجامعية ، وأهلها لازالوا عايزين يفرضوا عليها تصوراهم الاجتماعية (توشك على البكاء) .

المعـــالج : ياه واضح إنك لست بمجرد غاضبة منهم فقط . (لحظة) جايز إنك خايفة تخيبى أملهم فيكى .

العميلة : (تبكى) : حاولت طول عمرى أن أرضيهم . طبعاً رضاهـــم مهم جداً لى . هم بيفرحوا فرح حقيقي عندما أتفوق فى الدراســـة ، لكن ليـــه . ضرورى بيحاولوا أهم يفرضوا أحكامهم على حياهم الاجتماعيـــة ؟ .

فى المثال السابق نجـــد أن المعالج شعر بأن الإحساس بالغضب فى البداية ليس خالصاً بل أحس بأن العميلـــة تشعر بخوف حقيقى من الرفض ونقد الوالدين لسلوكها ، وقد حمل المعالج لها هذا الإحساس من خلال إعـــادة صياغة شـــعورها نحو والديها . ومن ثم أصبح محور العلاج هنا هو خوفها العصابى من معارضة الوالدين لتصـــرفاهما ونقدهما لها . *(Davison, et. al. 1974, P. 473)*

(٤) اللعـب العلاجي أو الحيل العلاجية *Therapeutic games*

تميل مدرسة العلاج الجشتالتي بتأثير من فردريـــك بيـــرلـــز *(Daniel et. al. 1975, Levitska and Perls, 1970)* إلى استخدام فنيات من اللعب خلال جلسات العلاج هدفها تأكيد إحساس المريض بالحاضر ، ولزيادة إمكانيته على مواجهـــة الإحباط والفشل ومن أمثلة تمارين اللعب التي يستخدمها أصحاب مدرسة الجشتالت :

- اللمس والاحتكاك البصرى : حيث يقوم المرضى بشكل متعمد بلمس الآخرين والنظر في عيونهم لفترات طويلة لتمكينهم من التعبير عن المشاعر والأحاسيس .
- إضافة جملة بعد كل عبارة كأن يطلب من المريض أن يضيف جملة تدل على إحساسه بالمسئولية مثل " وأنا أتحمل كافة المسئولية " فى نهاية كل عبارة ، بهدف تقوية الإحساس بالمسئولية .
- تمثيل أدوار ، وتشكيل الجسم والصوت بحيث ينقل انفعالات متنوعة وذلك بهدف تدريب الثقة بالنفس والمرونة فى السلوك .
- بعض الأحداث الماضية أو الحاضرة التى حدثت للمريض ولم تكتمل أو تنحل مشاعره نحوها تؤدى لدى الناس - فيما يرى الجشتالتيون - إلى مشاعر الإحباط والتوتر وكل الانفعالات غير الصحيحة . ولهذا يطلب من الشخص إكمال مشاعره نحو هذه الأشياء بتذكر بعض الأحداث الماضية أو الحاضرة ويطلب منه أن يفهمها بالتخيل أو التمثيل لتيسير مشاعر المريض فى التعبير عن مصادر الإحباط أو الفشل .

وعلى العموم ، فإن الفنيات العلاجية متنوعة تنوع نظريات العلاج النفسى ، ولهذا فإن مدرسة العلاج السلوكى التى تركز تركيزاً شديداً على تطوير الفنيات العلاجية قد ساعدت بمرور الأيام على إثراء وسائل العلاج من خلال تراكم هذه الفنيات كما سنرى فى الفصل القادم الذى سنركزه للحديث عن العلاج السلوكى وفنياته العلاجية .

هل يحقق العلاج النفسى تغييراً حقيقاً ؟ :

صدم " أيزنك " *(Eysenk, 1952)* الأوساط العلمية سنة ١٩٥٢ بدراسته التى بينت أن ماينسب للتحليل النفسى والعلاج النفسى من أفكار عن تأثيره فى السلوك أمر مبالغ فيه إلى حد بعيد . ومن المعروف أن " أيزيك " وصل إلى هذه النتيجة من خلال فحصه لسجلات كثيرة من المرضى الذين تلقوا علاجاً بالتحليل النفسى وغيره من مدارس العلاج النفسى (عدا العلاج

السلوكى) ، فضلاً عن الحالات المسجلة فى قائمة الانتظار التى تقدمت بطلب العلاج ولكنها لم تتمكن من تلقيــه وقت إجراء الدراســة .
كذلك قام " أيزنك " بمراجعة أربع وعشرين دراسة عن التحليل النفسى والعلاج النفسى . ومن خلال هذه الدراسات بين " أيزنك" أن – تأثير العلاج النفسى والتحليل ليس أفضل من تأثير مجرد الانتظــار . فنســبة من شــفوا بعد العلاج النفسى لم تختلف فى رأيه كثيراً عن نسبة من شفوا تلقائياً خلال فترة انتظارهم للعلاج .

وقد انتُقــد " أيزيك " بشدة من قبل المحللين النفســيين والمعالجين وقد تركز النقد عليه فى نقاط منها أن محكات الشفاء التى استخدمها تختلف عن محكات الشفاء المستخدمة فى المدارس العلاجية ، ومنها أن دراساته افتقرت من الناحية المنهجيــة إلى وجود تجانس بين جماعات المرضى التى كانت موضوعاً لدراساته ومنها أنه عدل من نتائجــه وغير من تفسيرها بطريقة تلائم معتقداته النظرية . *(Garfield, 1981, P. 170)* .

وأجــرى الباحثون منذ ذلك الوقت دراسات مستفيضة من أهمها دراسة ملتزوف وكورنرايك *(Meltzoff and Kornreich, 1970)* التى اعتمدا فيها على دراسات مستفيضة أكثر استفاضة من دراسات " أيزيك " وبينت أن العلاج النفسى يؤدى إلى نتائج ناجحــة وأكيدة فمن ١٠١ دراسة عرضاها فى بحثهما تبين أن ٨٠% منها بينت أن العلاج النفسي يؤدى إلى نتائج إيجابية ، وازدادت هذه النسبة عن ذلك فى الدراسات التى اعتمدت على مناهج علمية أكثر انضباطاً .

بنفس المنطق أمكن " لبرجين " *(Bergin, 1971)* أن يثبت أن نسبة التحسن تصل إلى ٩١% وليس ٣٩% كما أثبت أيزنك ويناقش " سانديبرج" وزملائــه بنفس المنطق *(Sundberg et. al., 1973)* مشكلة الشفاء التلقائى (أى شفاء المرضى تلقائياً بمرور الزمن ودون علاج مهنى) فيرون أن الشفاء التلقائى يكون عادة بين المرضى الذين يطلبون العلاج مما يدل على أن

هؤلاء المرضى يكونون منذ البداية على درجة مرتفعة من الاستبصار والإحساس بمشكلاتهم ولهذا فقد يكون شفاؤهم راجعاً إلى قدمهم على العلاج الذاتي وتؤكد هذه الوجهة من النظر نتائج الدراسات *(Bergin and Lambert, 1978)* التي بينت أن العلاج النفسي يؤدي إلى التحسن أسرع مما لو تُرك المريض دون علاج على الإطلاق . فضلاً عن هذا ، فإن هناك دراسات أخرى تبين أن المساجين والذين يُفرض عليهم العلاج لايؤدي علاجهم إلى تحسن واضح بالمقارنة بالمرضى الذين يطلبون العلاج تلقائياً مما يدل أيضاً على صدق وجهة نظر ساندبيرج وزملائه .

ويبدو لنا بعد مراجعة الكثير من الدراسات التي أجريت بهدف تقييم دور العلاج النفسى فى تحسن الشخصية يبدو لنا أن نجاح العلاج النفسى أمر لايتم تلقائياً ولكنه يتوقف على عدد من العوامل منها :

(١) تصوراتنا الخاطئة عن التحسن :

يرى واتزلاويك *Watzlawick* أستاذ الطب بجامعة ستانفورد *(Turkingtion, 1986)* أن من الخطأ الجسيم أن نتصور بأن العلاج النفسي يعالج كل شيء وإلى الأبد . فأنت عندما تتعاطى قرصاً من الأسبرين للصداع لاتتوقع أنه لن يحدث الصداع بعد ذلك أو أنه سيتوقف نهائياً . ومع ذلك فهذا غالباً مايتوقع من العلاج النفسي . بعبارة أخرى ، فالتحسن فى مشكلة نتيجة للعلاج لايعني أن المريض لن يواجه مشكلات أو اضطرابات أخرى فى حياته بعد ذلك . والأمر هنا أشبه بالعلاج الطبى الجسمى فعلاج التهاب رئوى أو تقلص فى الكليتين علاجاً ناجحاً لا يعنى أن المريض لن يصاب بأمراض جسمية فى الأعضاء الأخرى . كذلك علاج المريض نفسياً من الخوف أو الاكتئاب أو الضعف الجنسى لايعنى أنه لن يتعرض لمشكلات نفسية أخرى ، أو حتى أن نفس المشكلات التى عولج منها لن تحدث بين الحين والآخر بشكل يتطلب خضوعها للعلاج من جديد . مثلها تماماً مثلما يحدث فى حالات الطب العام .

(٢) الوقت المحدد للعلاج :

الوقت الذى يمنحه المعالج أو المريض نفسه للعلاج يؤثر فى الأهداف النهائية له . ومن المعروف أن كثيراً من أنواع العلاج تركز على استمرار المريض فى تحقيق الأهداف العلاجية حتى بعد انتهاء الجلسات ولكثير من الأمور يعجز المريض أو المعالج عن إعطاء الوقت الكافى لتحقيق هذه الأهداف مما يؤثر فى حصيلة الفوائد العلاجية بالنقص .

(٣) خبرة المعالج وتدريبه :

فالمعالج المبتدئ يرسم أهدافاً تختلف عن الأهداف التى يرسمها المعالج المتمرس . وهذه الاختلافات تؤدى إلى توقعات مختلفة تؤثر فى النتائج النهائية للعلاج .

(٤) شخصية المريض وظروفه :

مقدرة المريضة على تحمل القلق الذى يثور خلال الجلسات العلاجية وذكاءه وعمره ، وتعليمه من العوامل التى تؤثر بقوة فى حصيلة العلاج والاستمرار فيه .

(٥) نوع الخدمة التى يطلبها المريض :

بعض المرضى يلجأ للعلاج كوسيلة لاكتشاف النفس ، أو وسيلة للتخلص من أعراض محددة كالاكتئاب والقلق ، وبعضهم يلجأ له كطريق للنضوج والنمو والارتقاء بالشخصية ومن المعلوم أن نوع الخدمة التى يطلبها المريض تؤثر فى اختيار أهدافه من العلاج كما تؤثر فى أهداف المعالج ذاتها . ولهذا فالبحوث التى تقيم تأثير العلاج النفسى يجب أن تراعى الأهداف الموجودة لدى المريض وألا تضع محكات النجاح فى العلاج بشكل مستقل عن الأهداف التى يتوقعها المريض أو المعالج معاً .

مدارس العلاج النفسى

ذكرنا أنه لايوجد علاج نفسى واحد ، ولكن توجد وجهات نظر متعددة ومتنوعة لكل منها أساليبها فى العلاج ، ومحكاتها فى تقدير النجاح والفاعلية فيه . وقد بينا أن فنيات العلاج النفسى تختلف باختلاف هذه النظريات . ونحتاج الآن إلى إعطاء فكرة موجزة عن أهم نظريات العلاج النفسى .

والحقيقة أنه بالرغم من اختلاف نظريات العلاج النفسى ، فإن هناك تيارات رئيسية منها تخضع لمدارس علاجية بارزة هى :

١ - التحليل النفسى .
٢ - العلاج المتمركز - حول - العميل .
٣ - العلاج الوجودي والإنساني .
٤ - العلاج السلوكى .

ونجد من الضرورى أن نوضح الأبعاد النظرية للتيارات الأربعة الأولى تاركين الحديث عن العلاج السلوكى لموقع آخر بسبب اختلاف تقاليده الفنية والنظرية اختلافاً رئيسياً عن المدارس الأخرى (أنظر جدول ١ - ٦) للإطلاع على المراحل الرئيسية فى تطور أنواع العلاج النفسى فى الميدان الإكلينيكي) .

مدارس التحليل النفسى

يعتبر فرويد هو المؤسس الفعلى والأب الشرعى الذى ساعد بأفكاره وكتاباته على إقامة مدرسة التحليل النفسى . ولد فرويد فى ٦ مايو سنة ١٨٥٦ فى مدينة صغيرة فى تشيكوسلوفاكيا لأب كان يعمل بالتجارة . ويعتقد المحللون النفسيون أن طفولة فرويد فى حد ذاتها قد هيأته إلى أن يكون من أقوى الدعاة لتأثير خبرات الطفولة المبكرة على

الشخصية فيما بعد من خلال أشهر النظريات فى التاريخ البشرى وهى نظرية التحليل النفسى . فقد كان أبوه متحرر التفكير ، وتزوج من فتاة تصغره كثيراً فى العمر لينجب منها سيجمند " فرويد ". وقد ارتبط فرويد ارتباطاً وثيقاً بأمه . ويقول لنا فيما بعد أنه كان مطيعاً وجاداً مجتهداً في حبه لأمه وفي دراســته . وهاجر فرويد فى الرابعة من عمره مع أسرته إلى النمسا حيث بقي فيها إلى أن بلغ الثالثة والثمانين من العمر . وبالرغم من حبه العميق لفيينا بالنمسا حيث عاش خلاصة تجاربه وعمره إلا أنه اضطر للهجرة إلى إنجلترا وهو شيخ طاعن فى السن بسبب الاضطهاد السياسي الذى لقيــه من النازيين . وفى إنجلترا عاش فترة قصيرة حيث توفي فى ٢٣ سبتمبر سنة ١٩٣٩ .

ولفرويد الفضل فى اكتشاف أن الإنسان يولد مزوداً بطاقة نفسية جنسية يسميها اللبيدو *Libido* هى التي تحرك الشخصية وتدفعها فى اتجاهات مختلفة نحو الصحة والمرض . وهى تحتوى على ثلاثة أجزاء أو أجهزة يطلق عليها : الهى *Id* موطن النزعات الهمجيــة الحيوانية واللامنطقية والغريزية فى الإنسان ، ويقابلها الأنا *Ego* وهى الجزء العاقل والواعى الذى يوجــه الإنسان للتصرف نحو مقتضيات ومتطلبات الواقع والوعــى . وهناك الأنا الأعلى *Super ego* أو الضمير أو الرقيب الذى يتكون فى المراحل الأولى بسبب الضغوط الاجتماعية على الطفل لكي يتخلى عن نزعاته الأنانية ومشاعره الحيوانية . ويبين " فرويد " أن تطــور الشخصية أو أمراضها يحدثان بسبب الصراع الذى يحدث بين هذه الأجهــزة الثلاثة السابقة فى المراحل المبكرة من العمر . أى صراع الطفل بين إشباع حاجته البدائية (الجنسية والعدوانية) ، ومتطلبات الواقع والضغوط الأخلاقية والضمير.

وقد ابتكر فرويد مفهوم " اللاشــعور *Unconscious* " لكى يبين أن ما يطرأ على الشخصية بعد تجاوز مراحل الطفولة ما هو إلا تكرار لا شــعوري رمزي لكل ماكان يحدث خلال السنوات الست الأولى من العمر . وأصبح

مفهوم اللاشــعور من المفاهيم الشائعة بين المحللين النفسيين . ومن المسلمات التحليلية الرئيسية بهذا الصدد أن التفسيرات التي يقدمها المريض عن دوافعــه وسلوكه وأهدافه ماهي إلا جزء بسيط من الدوافع الحقيقية . ويكون هدف العلاج النفسى من ثمة هو إزاحـــة الستار عن هذه الدوافع اللاشعورية .

ولفرويد أيضاً فضل التركيز على أهمية الخبرات الطفلية المبكرة وبالذات علاقـــة الطفل بأبيه وأمـــه . لقد أثبت فرويد بكثير من الأدلـــة الإكلينيكيـــة ، أن حياة الطفل ليست بريئة كلها وليست نعيماً كما يحلو للبعض أن يتصور . ولكنها تتميز بالصراعات القوية والدوافع . ومن هنا ابتكر فرويد مفهوم الجنسية الطفلية *Infantile sexuality* والذى يعنى انتقال وتطور الطفل فى مراحل متميزة من النشاطات الجنسية واللذة وهى المرحلة الفمية والشرجية والقضيبية . وخلال هذا التطور وفى آخر مرحلة يأتى مايسمى بعقـــدة أوديب *Oedipus complex* ذلك المفهوم الذى ابتكره فرويد ليعبر به – عن أن علاقة الطفل الذكر بأبيـــه تقوم فى الحقيقة على التنافس والغيرة ، وذلك بسبب حب الطفل لأمه التى يشاركه إياها الأب . ومن خلال هذا الصراع نتجـــه إلى عالم الرشد وتكون كل اتجاهاتنا نحو الجنس الآخر والسلطة والمجتمع قد تكونت وتبلورت . لكن إذا فشل الطفل فى حل صراعه مع والديه من نفس الجنس فيتكون مايسميه فرويد بعقدة الخصاء *Castration Complex* التى تعنى أن الطفل ينمو وقد تملكه الشعور بالتهديد والخوف من والديه بسبب نزعاته الجنسية نحو الأم مما يشكل اتجاهاته وصراعاته وأمراضه التالية .

ويتفق علماء التحليل النفسي اللاحقـــون لفرويد من أمثال " يونج " *Jung* و "أدلر" *Adler* على كثير من أفكاره، ويختلفون أيضاً معه في أشياء كثيرة . ومن الجوانب التى يتفقون معه فيها الفكرة الرئيسية التى ترى أن السلوك الظاهرى للفرد محكوم بشكل حـــتمي باللاشـــعور والدوافع الداخليـــة . ولأن هذه الدوافع لا شـــعورية ومكبوته منذ الصغر فإنه لايمكن الإطلاع عليها إلا من خلال أحـــلام الفرد وتخيلاتـــه والأخطـــاء اللامقصـــودة . كما

يمكن الكشف عنها من خلال العلاج النفسي القائم على التداعى الطليق الذى سبق وأن تعرضنا له عند الحديث عن فنيات العلاج النفسى . ووظيفة التداعى الطليق . هى مساعدة الفرد على العودة بذكرياته إلى المراحل المبكرة من الطفولة حيث يمكن للمريض أن يطلع على الأسباب الدفينة والقديمة المسئولة عن مرضه الحالي .

وبالرغم من اتفاق علماء التحليل النفسي على أن مصادر السلوك والشخصية لاشعورية وأن خبرات الطفولة تلعب دوراً حاسماً فى تشكيل الشخصية ، فإنهم أختلفوا اختلافات شاسعة أثارت بينهم كثيراً من الخلافات والخصومات . ففرويد يضع للغريزة الجنسية دوراً بارزاً فى نظريته ، إلا أن " يونج " أكد فكرة الانطواء والانبساط فى الشخصية . ورأى أيضاً أن هناك لا شعوراً جمعياً ولا شعوراً خاصاً بالفرد . وتتطلب الصحة النفسية أن يوفق الشخص بين اللاشعورين . وابتكر "يونج" أيضاً مفهوم " التفرد *Individuation*" وبمقتضاه بين أن الصحة العقلية تتطلب أن يكون الفرد قادراً على التعبير عن فرديته تعبيراً كاملاً ، وليس أن تكون الصحة العقلية هى فقط حل الصراعات الجنسية كما كان فرويد (إبراهيم ، ١٩٨٥) .

أما "أدلر" فقد كان يرى أن المدخل المناسب لفهم الإنسان هو أن نفهمه خلال صراعاته النفسية الداخلية ومن ثم أكد أن الفرد يمكن معرفته من خلال فهمنا لأهدافه الاجتماعية ، وعلاقاته بالناس خاصة أفراد أسرته . وإذا أخذنا هذه الأشياء معاً مجتمعة فإننا يمكن أن نصل لما يسميه أدلر بأسلوب الحياة *Life style* الذى يمكن بواسطته الولوج إلى العالم الداخلى والدافع الرئيسى للفرد. ولهذا يقوم العلاج الأدلرى لا على تحليل السلوك الجنسى ولكن على تحليل السلوك الاجتماعى للفرد أى بالإجابة عن أسئلة هامة مثل . ماهى الأهداف التى تحرك هذا الفرد ؟ وماهى المعتقدات الخاطئة التى تتملكه عند محاولته التواصل بأفراد المجتمع الآخرين . وتستمد

بعض المناهج العلاجيـة الحديثـة مثل مناهج العلاج العقلانى والعلاج المعرفى فى بعض أسسها النظرية من أفكار أدلر عن أسلوب الحياة ، وتصوراتنا عن أنفسنا والآخرين .

ولقد تطور التحليل النفسي بشكل معرفي معاصر في المدرسة الفرنسية على يد الطبيب والمحلل النفسي الشهير جاك لاكان *J. Lacan* الذي طرح قضية أن اللاشعور مبني كلغة وأن الهو البيولوجي أو منبع الغرائز عند فرويد ينطوي على معرفة و يتحدث بلغة الأعراض وتقوم التجربة العلاجية كلها على اللغة ويشكل الاضطراب النفسي اضطراب في الأسلوب الذي يبدو في الذهان بضرب القاعدة اللغوية والنظام الاجتماعي وفي العصاب بسؤال الهوية (هل أنا ذكر أم أنثى ؟) عند الهستيري ، وسؤال الكينونة (أكون أم لا أكون ؟)عند الوسواسي والتنصل من القانون والنظام الاجتماعي عند المنحرف .

كما خطا خطوات هامة نحو علاج الذهان بالتحليل النفسي وأحدث تغيرات جذرية في أسلوب التحليل النفسي أخرجته من الجمود الراديكالي الفرويدي ، وانتقل بالتحليل النفسي من الحقل البدني الانفعالي إلى الحقل الرمزي المعرفي الاجتماعي . (عسكر ، ٢٠٠٠)

العلاج المتمركز – على – العميل

يعتبر " كارل روجرز " المؤسس الحقيقى لهذه المدرسة ، وقد بدأ كارل روجرز حياته المهنية كغيره من غالبية المعالجين فى العصر الحديث كمحلل نفسى وذلك من خلال صلته " بأتو رانك " *Otto Rank* وتافت *Taft*

لقد كان رانك محللاً نفسياً يومن بأننا يجب أن نمنح مرضانا فرصة حرة فى التعبير عن أنفسهم حتى ولو فرضوا سيطرتهم – خلال العلاج – على المعالج . أما تافت فقد كان أخصائياً اجتماعيا (وكذلك كان روجرز) ويعود له الفضل فى نشر أفكار " رانك " بالولايات المتحدة موكـداً بقوة

دور العلاقة التي تتم بين المعالج والمريض على أنها أهم حتى من التفسيرات العقليــة التي يقدمها المعالجــون لمرضاهــم .

وقد اتضــح تأثر روجــرز بأفكار رانك وتافــت فى كتاب مبكر صدر سنة ١٩٣٩ *(Rogers, 1939)* ثم قام بعد ذلك بدراسات مكثفة بلور من خلالها نظرية متكاملة عن العلاج النفسى نظرية وممارسة أطلق عليها نظرية العلاج المتمركز – على – العميـــل *(Rogers, 1951)* .

تدور نظرية روجــرز فى العلاج النفسى حول مســلمة رئيسية تبناها فى نظرته للسلوك الإنسانى وهى أن الإنسان يولد ولديه دافع فطرى للنمو والارتقاء بخبرته وإمكانياته . وهذا هو الذى يعتبر القوة الدافعــة لحركة الإنسان وتقدمه فى الحياة على أن هذا الارتقاء لايمكن أن يتم بصورة جيدة إلا إذا استطاع الإنسان أن يدرك بوضوح اختباراته فى الحياة .

والسلوك الإنسانى فى رأى روجرز هو عبارة عن محاولات موجهــة نحو أهداف يراها الكائن قادرة على إرضاء حاجاته التي تتكون من خلال خبراته المختلفة فى الحياة .

ويعتقد " روجرز " أن مفهوم الذات *Self* – وهو من المفاهيم الرئيسية فى نظريته الإنسانية – يعبر عن وعي الإنسان بوجــوده ووظائفــه وتتكون الذات من خلال تفاعلات الإنسان بالبيئــة ، وبشكل خاص من خلال وعي الإنسان بأحكام الآخرين وإدراكهم لهم .

وتحدث خلال حياة الفرد خبرات متنوعة ، وتوجد أمام الفرد – إثر كل خبرة – ثلاث احتمالات :

١ – دمج هذه الخبرة وربطها وتنظيمها فى شكل علاقة بالذات .
٢ – تجاهل هذه الخبرة لأن الفرد لايدرك صلتها بالذات .
٣ – إنكار الخبرة وتشويهها لأنها لاتتسق مع بناء الذات .

وتحت شــروط خاصة قد يقوم الفرد بإدراك وفحص الخبرات التي لاتتسق مع الذات ، وبالتالي يُعــدل من بناء ذاته بحيث يمكنها أن تتمثل هذه

الخبرات وتنشرها . ويحدث ذلك عندما لاتتضمن هذه الشروط أى تهديد للذات . ومن ثمة تنبع أهمية المبادئ التى يتحدث عنها روجرز وذلك مثل الدفء والتقبل ، والتسامح وعدم الحكم .

والعلاج النفسى عند " روجرز " هو فن إطلاق الإمكانيات الإيجابية لدى الفرد المدفوع بفطرته نحو الأحسن ، وليس كما يراه البعض منهجاً للتحكم فى شخصية سلبية متقبلة . بعبارة أخرى العلاج النفسى هو علاج يقوم على تحقيق ما يسميه " روجرز " إمكانيات النمو ، وكلنا يملك هذه الإمكانية ، ولكننا نحتاج إلى الإلمام بشروط إطلاقها وفكها من عقالها . والعلاج المتمركز – على – العميل يودى إلى ذلك وبالتالي سمح لإمكانيات الفرد بالانطلاق وتحقيق الذات *Self actualization* . ولكي ينجح العلاج النفسى وفق هذا التصور فإنه يحتاج لمعالج يمتاز بثلاث خصائص رئيسية هى :

١ – الصدق الخالي من الزيف والاصطناع .
٢ – الفهم المتعاطف الدقيق للشخص .
٣ – الاحترام والتقدير الدقيق للشخص .

وقد عرضنا فى الصفحات السابقة لبعض هذه الشروط والتى أصبحت من المبادئ الرئيسية لنجاح العلاج النفسى بجميع أشكاله *(Pervin, 1975; Phares, 1979)* .

العلاج الوجودى – الإنسانى

بالرغم من أننا ناقشنا نظريات " كارل روجرز " عن العلاج النفسى بشكل مستقل عن العلاج الوجودى والإنسانى ، فإن العلاج النفسى المتمركز – على – العميل يتفق مع العلاج النفسى الوجودى والإنسانى فى تأكيد أهمية الخبرة المباشرة أى المجال الظاهرياتى *Phenomenal field* ، والفرد كقيمة مستقلة ، بشخصيته الفريدة الجديرة بالاعتبار . ومن أهم تيارات هذا النوع من العلاج : الإنسانى ، والعلاج الوجودى ، والعلاج الجشتالتى .

وقد استمد العلاج الإنساني أفكاره الرئيسية من نظريات وكتابات ألبورت *Allport* وجولدشتين *Goldstein* ووليم جيمس *James* ورجرز . ويرى هؤلاء العلماء الإنسانيين بشكل عام أن علم النفس يقوم على كثير من القيم . ولكن ثمة شيء واحد مؤكد وهو أن هذه القيم لاتستمد جذورها من حتميات النظريات التحليلية النفسية أو النظريات السلوكية . بعبارة أخرى يؤمن علماء النفس الإنساني أن الإنسان لايعتبر نتاجاً للماضى ، أو اللاشعورى ، أو البيئة . ولكنه قادر على الاختيار الحر ، واتخاذ السبل لتحقيق إمكانياته وذاته . والإنسان ليس بمجموعة مفككة وأجزاء بعضها معرفى ، والآخر شعورى أو وجدانى ، وإنما هو كل فريد وموحد . ولهذا فإن أهم ما يجب أن يتميز به المعالج الإكلينيكي هو أن يفهم هذه الحقائق ، ومن ثم يمكنه أن يدركا قيمة هذه الخصائص. ولايتأتى ذلك إلا من خلال الوعى بخبرات المريض وفهمنا لعالمه الشخصى . ولايركز العلماء الإنسانيين على مصطلحات علم النفس المرضى كالمرض ، أو الشذوذ ، أو الفئات التشخيصية ولكن على السعى الايجابى ، وتحقيق الذات ، والحرية ، والاختيار . وقد أولى أبراهام ماسلو *Maslow* وهو واحد من الممثلين الرئيسيين لهذه النظرية اهتمامه لكثير من هذه الجوانب من خلال نظريته عن الدوافع والشخصية (*Maslow, 1962*) . وإذا شئنا أن نلخص وجهة النظر الإنسانية ، فإنها ترفض الحتمية الوصفية فى العلم وتركز على مخاطبة الجوانب الرئيسية النشطة فى الحياة الإنسانية والدوافع .

أما العلاج الوجودى فيستمد جذوره من أفكار المدرسة الوجودية الفلسفية : هيدجر *Heidegger* ، " كير كجارد *Kierkegaard* " ، جان بول سارتر *Sartre* وقد كان الفضل لروومای *May* , ولينج *Laing* فى تطويع المفاهيم الفلسفية الوجودية إلى مناهج فى العلاج النفسى والممارسة الإكلينيكية . وبالرغم من تباين وجهات النظر الوجودية فإن هناك بعض الخصائص المشتركة بين مفكريها فمن ناحية ترى هذه المدرسة أن الخاصية الرئيسية الإنسانية هى البحث عن معنى . وشخصية الفرد بهذا المعنى تتكون من خلال

مجاهداته ونضاله الذاتى لتكوين شخصيته وذات داخلية حتى يجد لحياته معنى وقيمة وأسلوباً يحقق به نفسه . ويرى أعضاء هذه المدرسة أيضاً أن من الجوانب الرئيسية فى الشخصية عملية اتخاذ القرار : اتخاذ قرار يرتكز على عالم الوقائع والممكنات . ولهذا فالشخصية ليست ماهى عليه الإنسان حالياً – ولكنها ما يمكن أن يتحول له الإنسان فيما بعد ويعتقد الوجوديون أن القرارات التى نأخذها تحكمها اختيارات حتمية لافرار منها فقد نختار الحاضر الذى يمثل افتقاراً للتغيير والولاء للماضى . واختيار الماضى يودى إلى الشعور بالذنب والأسى على الفرص التى ضاعت . وقد يختار الإنسان المستقبل وعندئذ يتملكنا شعور القلق الذى يتبع من عجز الإنسان عن التنبؤ بالمجهول وضبطه . ويحتاج اختيار المستقبل لشجاعة ومقدرة على تحمل القلق ومعاناته ، ولكن الإنسان قد يختار الماضى الذى يتضمن إحساساً بالذنب يعتبر أكثر تدميراً من القلق . ولهذا يرى الوجوديون أن الإنسان يجب أن يكون شجاعاً فيختار المستقبل ويمكن ذلك إذا كان لديه إيمان بنفسه وإدراك لما ينطوى عليه اختيار الماضى من ذنب يعتبر أكثر تهديداً للذات من القلق . ولهذا يتجه العلاج النفسى الوجودى إلى إعانة الفرد حتى يكتشف بنفسه معنى لحياته وقيمة تمكنه من الاختيار والشجاعة على هذا الاختيار والمسؤولية تجاهه . ويدفع العلاج الوجودى الفرد إلى المواجهة والانتماء الإيجابى للآخرين والمسؤولية الاجتماعية كما تتمثل فى التعاون مع الآخرين لقهر كافة ما يعوق تحقيق ذواتنا إذا كان ذلك ممكناً أو تحمل مالا يمكن تغييره .

أما العلاج النفسى الجشتالتى فقد اعتمد فى تطوره . على كتابات " فردريك بيرلز" *Perlz* وغيره . وكما هو الحال فى العلاج الوجودى ، فإن اتفاق علماء النفس الجشتالتى فيما بينهم يعتبر أقل من اختلافاتهم النظرية والمنهجية . لهذا فلا يوجد علاج جشتالتى واحد ولكن علاجات جشتالتيه متباينة تنطلق من بعض التصورات النظرية العامة للإنسان والتى منها أن : الإنسان كل متكامل وأننا يجب أن نكون قادرين على تطوير وعينا ، وأن

الوعي لا يقتصر على وعينا بأنفسنا ولكن وعينا بالسبل والحيل التي نلجأ لها لهزيمة أنفسنا. ويمكننا تحقيق هذا الوعي من خلال تعبير الإنسان عما يشعر به هنا والآن . والمعالج الجشتالتي يهدف إلى تيسير وعي مريضه بالوسائل التي يستخدمها لتحقيق إمكانياته الداخلية . والمعالج الجشتالتي لايعطي المريض أسباباً تمكنه من تبرير هزيمته في استخدام امكانياته استخداماً غير فعال ، ولكن يكشف له عن النتائج والمسؤوليات التي يجب أن يتحملها عندما يعيش حياته بشكل صحي وفعال .

وقد تطورت على يد علماء العلاج النفسي الجشتالتي بعض القواعد الرئيسية التي يجب أن يركز عليها المعالج الجشتالتي منها :

١ - التواصل بالمريض يجب أن يكون بصيغة الحاضر (لايشجع المريض على النظر إلى الماضي أو المستقبل) .

٢ - المساواة بين الطرفين (المعالج والمريض) خلال عملية التواصل (إنسان يتكلم مع إنسان وليس إلى شخص أو مريض) .

٣ - تشجيع المريض على استخدام لغة " الأنا " لتشجيع تقبل المسؤولية .

٤ - توجيه العميل لأن يركز دائماً على الخبرة المباشرة وذلك بأن نوجه له دائماً أسئلة مثل : قل ماذا تشعر الآن .... هذه اللحظة ؟ .

٥ - عدم التشجيع على الغيبة والنميمية (أي عدم الحديث عن الآخرين : الأسرة أو غيرها كمسؤولة عن المشكلات ، ولكن الأهم هو مسؤولية الشخص نفسه عما يحيق به من مشكلات) .

٦ - عدم التشجيع على الأسئلة خاصة إن كانت تنقل رأياً وليس الأسئلة التي تساعد على الحصول على معلومات .

٧- ويستخدم الجشتالتيون كذلك بعض الألعاب العلاجية لتأكيد أهداف العلاج كما ذكرنا .

هذه أهم الأفكار العامة التي تنتشر بين مدارس العلاج النفسي ، ويبقى لنا الحديث عن العلاج السلوكي الذي نفضل أن نفرد له عرضاً مستقلاً .

الخلاصة

١ - لايوجد علاج نفسى واحد بل إن هناك وجهات نظر متنوعة لكل منها أساليبها فى العلاج ومحكاتها فى تقدير النجاح فيه .

٢ -من الأفضل لتعريف العلاج النفسي أن نقوم بوضع قائمة بأهدافه والتى منها : تقوية دوافع المريض للعلاج ، إطلاق الانفعالات المحبوسة ، إطلاق إمكانيات النمو والتطور ، تعديل البناء المعرفى ، تغيير العادات المرضية ، تدريب المهارات الاجتماعية والعلاقات بين الناس .

٣ -توجد خصائص مشتركة بين المدارس العلاجية على اختلاف مناهجها العلاجية ونظرياتها منها : الاهتمام بالعامل الشخصى للفرد ، الكفاءة المهنية ، الاتجاه نحو تخفيف حدة مشاعر القلق عند المريض ، إقامة علاقة مهنية وثيقة به ، إعطاء أسباب وتفسيرات لأسباب ومصادر الشكاوى ، إعطاء أمل فى التغيير الإيجابي .

٤ -يتوقف النجاح فى العلاج النفسى لا على النظرية أو الفنية المستخدمة فى العلاج ولكن على عوامل منها : الذكاء ، وقوة الدافع للعلاج ، والسن ، ونوع المشكلة ومصدرها ، فضلاً عن شخصية المعالج ورغبته فى المساعدة فى إطار من الدفء والتعاطف والتقبل والصدق .

٥ -توجد فنيات كثيرة يستخدمها المعالجون النفسيون بهدف مساعدة المريض على تحقيق الأهداف العلاجية وذلك كالتداعى الطليق ، والتفسير ، والألعاب الجشتالتية .

٦ -تختلف وجهات النظر فيما يتعلق بنجاح العلاج النفسي في تحقيق الشفاء فيرى أيزنك أنها لا تزيد عن نسبة التحسن التلقائي التي تحدث بمرور الزمن ودون علاج على الإطلاق ، ويعارضه في ذلك علماء العلاج النفسى والممارسون . ومن المؤكد أن العلاج النفسى يؤدى إلى تحسن يتراوح من ٨٠ - ٩٠ % إذا كان هناك دافع قوى للعلاج ، وإذا لم يكن هناك تعارض بين أهداف المريض وأهداف المعالج ، وإذا أعدنا تصورنا لعملية التحسن بحيث لانراها دائمة ، وإذا استغرق العلاج الفترة المحددة له ، وإذا كان المعالج مدرباً تدريباً جيداً وشخصية المريض قادرة على تحمل قلق العلاج وضغوطه .

٧ -من أهم مدارس العلاج النفسى : التحليل النفسي لفرويد ويونج وأدلر ولاكان والعلاج المتمركز على العميل لكارل روجرز ، والعلاج الوجودى الإنساني بتياراته الثلاثة الرئيسية وهى العلاج الإنساني والعلاج الوجودى والجشتالتي .

الفصل السابع

مناهج العلاج السلوكى والمعرفي

من الميســور أن نرد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن . ففى نفس الفترة التى شهدت " سيجمند فرويد " ظهر أيضاً " إيفان بافلوف " . *I. Pavlov* فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس التى أكسبته تقديراً واسعاً وساهمت فى منحة جائزة نوبل سنة ١٩٠٤ ، وعلى الرغم من أن تأثير " بافلوف " فى تطوير حركة العلاج السلوكى لم يتبلور بصورة مبكرة كما هو الحال بالنسبة لتأثير " فرويد " فى التحليل النفسى ، فإن الظروف شاءت أن تجعل من بافلوف من أكبر المساهمين فى تأسيس المدرسة السلوكية فى علم النفس ، وذلك عندما استطاع " واطسون *Watson* " الأمريكي أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف فى الفعل المنعكس لوصف اكتســـاب الأمراض النفسية وإزالتها .

استطاع " بافلوف " – على أية حال – أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيواناً (استخدام الكلاب فى تجاربه) أن يفرز نفس كمية اللعاب – التى يفرزها طبيعياً أثناء الأكل – عند سماع صوت الجرس ، أو مشاهدة ضوء المصباح حتى دون أن يكون هناك طعام حقيقي . لقد كانت الكلاب تتعلم الاستجابة لهذه المنبهات المحايدة لمجرد سماعها أو ظهورها خلال تقديم الطعام . وبهذا نجح " بافلوف " فى أن يعلم الكلاب أن تستجيب لأشياء لاترضي – فى حد ذاتها – الحاجة للطعـام نتيجة لارتباطها الوثيق . بالطعام . وقد أطلق " بافلوف " على هذه العملية من التعلم اسم التعلم من خلال التشريط *Conditioning* .

و لم يكتب لهذه الفكرة أن تؤثر فى ميدان علم النفس الإكلينيكي إلا فى سنة ١٩٢٠ عندما أبدى " واطسون " و " رينر " (*Rayner, & Watson*)

1920 اهتمامها بنظرية التعلم الشرطى فاستطاعا أن يخلقا مرضاً نفسياً (فوبيا) لدى أحد الأطفال (ألبرت) بطريقة تجريبية ى داخل المختبر . لقد كان ألبرت فى عامه الأول عندما قام " واطسون وراينر " بتعريضه لفأر أبيض عدداً من المرات مع قرع صوت عال مفزع عند ظهور الفأر . لقد كان الهدف من ذلك توضيح أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلي (الصوت المفزع) والمنبه الشرطي (الفأر الأبيض) ، تماماً كما كان " بافلوف يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للارتباط بين ظهور الطعام والمنبهات الشرطية (صوت الجرس والضوء) . وقد نجحت تجربة ألبرت فى إثبات ذلك ، فقد تحول مشهد الفأر المحايد (لطفل فى السنة الأولى من عمره) إلى مصدر للفزع بعد سبع مرات من التعرض للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع . فقد كان ألبرت يصرخ بحدة ويرتعد خائفاً عندما كان يشهد الفأر ، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية كالأرانب والكلاب ... إلخ . وهكذا أمكن النظر إلى الأمراض النفسية بصفتها استجابات وعادات شاذه تكتسب بفعل خبرات خاطئة ،وبنفس المنطق يمكن القول بأن ما يمكن أن نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه . فإذا كنا قد اكتسبنا السلوك المريض بفعل خبرات شاذة ، فإننا يمكن أن نكتسب السلوك الصحي من خلال نفس مبادئ التعلم التى أدت إلى ظهور السلوك المرضى .

وقد أمكن توظيف مبادئ التعلم للعلاج النفسى وتعديل السلوك سنة ١٩٢٤ . ففى هذا العام نشرت أول دراسة إكلينيكية لحالة طفل اسمه " بيتر " على يد مارى كوفر جونز (Jones, 1924) التى استطاعت أن تزيل مخاوفه المرضية من الحيوانات بتعريضه تدريجياً لتلك الموضوعات فى الوقت الذى كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ . ويعتمد المنهج الذى استخدمته " جونز " فى ذلك على نفس مبادئ التعلم والعلاج التى كان قد اقترحها من قبلها " واطسون وراينر " لإزالة مشاعر الخوف عند طفلهما "ألبرت". وقد قام من بعد ذلك كثير من المعالجين النفسيين بتشكيل

أســاليب للعلاج النفسى على نسق نظرية " واطسون " وزملائــه ، كما سنرى بعد أن نعرض لبعض المفاهيم الرئيسية فى هذا النوع من العلاج .

ماهو العلاج السلوكي؟

يرى كاليش (Kalish, 1965) أن العلاج السلوكي *Behavior therapy* ما هو إلا تطبيق فعال لمبادئ التعلم . ولهذا فإن نشــأة العلاج السلوكى وتطوره كمجموعة من القواعد المنظمة الصالحة للممارسة الإكلينيكية قد ظهرت حديثاً مواكبة لظهور نظريات التعلم والتشــريط .

إلا أن الكثير من المعالجين السلوكيين يعتقدون أن هذا التعريف ضيق ولا يشمل أشكالاً كثيرة من العلاج السلوكى التى لاتعتمد بالضرورة على وجود مبادئ تعلم السابقة بالشكل المتعارف عليه وذلك مثل العلاجات المعرفية .

ويبدو أن التعريف الملائم للعلاج السلوكي هو التعريف الذى يضعه " جولد فرايد" و "دافيزون" (Davison, 1976 &Goldfried) والذى يرى أن العلاج السلوكى يرتبط نظرياً لا بمبادئ التعلم فحسب بل بالمنهج التجريبى فى دراسة السلوك الإنسانى بشكل عام . ولهذا فإن المسلمة الرئيسية للعلاج السلوكى ترى أن " أن المشكلات السلوكية التى نراها فى الميادين الإكلينيكيــة يمكن فهمها فى ضوء تلك المبادئ التى تعتمد على التجريب العلمى بشكل عام " .

ويميز بعض المعالجين بين العلاج السلوكى وتعديل السلوك *Behavior modification* ، ويفضل البعض مفهوم العلاج السلوكى على أساس أنه أكثر عمومية من مفهوم تعديل السلوك . " فكل علاج سلوكي يتضمن القيام بتعديل بعض أنواع السلوك (Davison, 1976 & Goldfried) . إلا أن المصطلحين يستخدمان فى كثير من الأحيان كمترادفين للإشارة لنفس المعنى "

وبالرغم من اختلاف المنطلقات النظرية للمعالجين السلوكيين فإن منحاهم الفكرى يتشابه . فهم جميعاً تقريباً ينطلقون فى نظرتهم السلوكية وتعديله من مبادئ واحدة أهمها :

١ - النظر للمرض النفسى والاضطراب بصفته سلوكاً شاذاً ومكتسباً .

٢ - استخدام البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معنية فى إحداث التغير العلاجي والتعديل السلوكي .

٣ - معالجة الأعراض المرضية على أنها هي الهدف الذى يجب أن يتجه له العلاج . ولهذا يقول أيزنك : " إن نظرية العلاج السلوكي ترى أنه لاتوجد أمراض وراء الأعراض " ، وأن " الأعراض لاتخفى وراءها أى شيء . ويكون العلاج فعالاً إن استطعنا التخلص من تلك الأعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض " *(Eysenck, 1978)* .

٤ - لايبذل المعالجون مجهوداً كبيراً فى البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك ، أو بالرجوع بالسلوك إلى غرائز ، أو صراعات طفلية مبكرة . فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج . وإن وجود غريزة أو أى شيء من هذا القبيل لايجب أن يؤثر بأى حال فى مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ (إبراهيم ، ١٩٨١ ، الطبعة الثانية) .

٥ - من الأساسي بالنسبة لجميع المعالجين السلوكيين أنهم يحددون بدقة السلوك الذى نرغب فى علاجه نوعياً . والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلاً . فالمعالج السلوكى يبدى اهتماما مباشراً بالظروف التى أحاطت بتكوين سلوك المريض بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض دون اهتمام يذكر بأنماط التفاعل الراهنة بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية

بعض المبادئ النظرية للعلاج السلوكى

الحقيقة أنه بالرغم من أن العلاج السلوكى يعتمد فى ظهوره وتطوره على كثير من المبادئ التجريبية ونتائج البحث العلمي فى السلوك ، فإن نشأته الأولى قد ارتبطت بظهور نظريات التعلم وتطورها . ولا تزال نظريات التعلم بين المعالجين السلوكيين من أقوى المصادر على الإطلاق . ولهذا فإن نظريات بافلوف ، وسكينر ، وباندورا لاتزال مصدراً خصباً للمعالجين السلوكيين . وفيما يلى بعض مبادئ التعلم التى استطاعت أن تثرى البحث فى العلاج السلوكى .

١ - التعلم بالتشريط الكلاسيكى *Classical conditioning* :

ويتجــه العلاج السلوكي الذى يعتمد على هذا النوع من التعلم القيام إلى تطوير رابطة بين منبه شرطى ومنبه أصلي بنفس القواعد التى أثبتها " بافلوف " فى نظريته عن التعلم الشرطى . وتعتبر الطرق التى استخدمت فى تعلم الخوف لدى الطفل " ألبرت " والطرق التى استخدمت فى علاج الخوف لدى الطفل " بيتر " أمثلة جيدة على استفادة العلاج السلوكي من نظرية التشريط التقليدية . ولعل أكثر من أفاد فى العصر الحديث من هذه النظرية جوزيف ولبى *Wolpe* صاحب نظرية العلاج بالكف المتبادل التى سيأتى ذكرها فيما بعد .

٢ - التعلم الفعال *Operant conditioning* : أثبت سكينر *(Skinner, 1953)* أننا نكتسب جزءاً كبيراً من سلوكنا من خلال الآثار التى يتركها هذا السلوك على البيئة . وفى تجاربه التى نفذها لإثبات هذه الحقيقة كان ينقل فأراً جائعاً أو حمامة إلى صندوق به وعاء من الطعام ، يســـقط مـــنه الطعـــام عنـــدما ينجح الكائن فى الضغط على إحدى الرافعات المثبتة بداخل الصندوق . وعلى هذا فإن الحيوان فى تجارب ســكينر لم يكن لينتظــر تعلم الاستجابة لمنبه يتكرر ظهوره مع منبه أصلي آخر - كما هو الحال فى التعلم الشرطى - بل كان عليه أن يتعلم أولاً أن يُظهــر استجابة أو سلسلة من الاستجابات الفعالة للوصول إلى الهدف . ومن هنا يسمى

سكينر نظريته باسم التشريط الفعـال أو الإجرائي للإشارة إلى أنه يمكن تقوية جوانب معينة من السلوك إذا ما أعقبناها بالتدعيم . وهذا ماكان يحدث بالفعل فقد كانت الاستجابة الصحيحة – أى المؤدية للطعام – تتزايد بوضوح وتقوى لدى الحمائم فى تجارب سكينر .

ويضع " سكينر " بعض المبادئ الرئيسية التى يتبين أنها ترتبط بالتعلم من أهمها التدعيم الإيجابي ، وهو يعني أى فعل يودى إلى زيادة فى حدوث استجابة معينة ، أو تكرارها فسقوط الطعـام إثر الضغط على الرافعة فى تجاربـه يعتبر مدعماً إيجابياً يساعد على كفاءة تعلم الاستجابات الصحيحة . ولهذا فإن التدعيم الإيجابي يستخدم أحياناً للإشارة إلى مختلف المكافآت أو الاهتمام أو أى فعل يودى ظهوره إلى زيادة فى السلوك المرغوب (إعطاء الطفل قطعة من الحلوى بعد القيام بعمل منظم : ترتيب سريره أو كتبه يساعد على علاجـه من الإهمال واكتسابه سلوك النظـام)

وهناك التدعيم السلبى أى التوقف عن إظهار منبه منفر أو كريـه عند ظهور الاستجابة المرغوبة . وذلك مثل إعطاء الطفل لعبته بعد حرمانه منها إثر قيامه بسلوك غير مرغوب . أو توقف الطفل عن البكاء عندما تحمله أمه . والتدعيم السلبي يشبه التدعيم الإيجابى حيث إن كليهما يودى إلى شيوع جوانب مرغوبة من السلوك .

ويشير سـكينر أيضاً إلى مبدأ العقاب أحد المبادئ الرئيسية للتعلم والعقاب يعنى إظهار منبه مؤلم ومنفر عند ظهور سلوك غير مرغوب . وذلك مثل ضرب الطفل أو حرمانه من الخروج عندما يهمل فى أداء واجباته . والعقاب يختلف عن التدعيم السلبي من حيث أن هدف التدعيم السلبي هو زيادة السلوك المرغوب، أما العقاب فهدفه التوقف عن سلوك غير مرغوب .

ومن أشكال العقاب إبعاد الشخص (أو الحيوان) عن موقف يعود عليه بالفائدة ، أو بحرمانه من مدعـم إيجاب سابق ، أو تغريم الاستجابة السيئة عند ظهورها . ويسمى هذا الأسلوب الأخير تكاليف الاستجابة :

وتعتبر الجزاءات المادية التى تفرض على المرضى عند انغماسهم فى سلوك غير مرغوب ، كالتأخر عن حضور جلسة العلاج الجمعى ، مثالاً طيباً على هذا النوع من التعلم .

ويستخدم سـكينر أيضاً مبدأ التقريب المتتالي *Successive approximation* ويقصد به تقسيم السلوك المركب الذى نريد اكتسابه إلى أجزاء بسيطة متدرجة ثم أن يبدأ التعلم من خلال تدعيم أى استجابة يكون من شأنها الوصول إلى الهدف النهائي . ومن المؤكد أن كثيراً من أشكال السلوك المركبة التى نمارسها كل يوم كقيادة دراجـة أو سيارة ، أو اللغـة ، أو الألعاب الرياضية قد تعلمناها جميعاً من خلال هذا المبدأ ، ولم نتعلمها دفعـة واحـدة .

وقد أصبح لمبادئ التعلم التى وضعها سـكينر فضل كبير فى تطوير حركة العلاج السلوكي كما سنرى عند الحديث عن فنيات العلاج السلوكى الفردى . وسنرى أيضاً أن هذه المبادئ قد ساهمت فى تطوير مناهج العلاج والادارة المسماة بالاقتصاد المنحـى *Token economy* التى سنفرد لها الفصل الأخير لأهميتها .

٣ - التعلم الاجتماعى *Social learning* أو التعلم بالقدوة :

سـمح " باندورا " و " روس " *(Bandura and Ross, 1969)* فى إحدى التجارب لمجموعة من الأطفال بمشاهدة أفلام تليفزيونية قصيرة تصف شخصاً يتصرف بعنف وغلظـة مع دميـة من المطاط ، فكان يركلها ، ويقرصها ويصفعها على الوجه ، وينثرها بعد تمزيقها إلى قطع صـغيرة متناثرة . لقد لاحظ الباحثان أن الأطفال قد بدءوا يتصرفون – بعد نقلهم إلى حجرة أخرى – بنفس العدوان والغلظـة نحو دمى متشابه . وبهذه التجربة وغيرها استطاع " باندورا " من جامعة سـانفورد أن يضع نظريته فى التعلم الاجتماعى . أى التعلم من خلال مشاهدة الآخرين .

وبهذا تبين أننا نكتسب من مشـاهدة الآخرين وهم يقومون ببعض النماذج السلوكية سلسلة ضخمة من السلوك تتراوح من الأفعال والنشاطات

الحركية البسيطة كالسباحة ، ولعبـة كرة القدم ، إلى أنواع السلوك الاجتماعى المركبة كالقيم والاتجاهات وطرق التعبير عن المشاعر والأفكار .

وقد وضع " باندورا " بعض الشروط التى تيسر النجاح فى التعلم الاجتماعى . فإذا كانت القدوة (أو النموذج) ناجحـة وقوية على حسب المعايير السائدة كان من السهل تعلم أنواع السلوك التى تصدر عنها .

كذلك تبين أن مكافأة القدوة على التصرفات الصادرة تشجع أيضاً على أن نتعلم بسرعة التصرفات وجوانب السلوك الصادرة عنها . فالغالب أننا نقتدى فى تصرفاتنا بالناس الناجحـين وبالأفعـال التى يكافآن عليها أكثر من تأثرنا بالناس الفاشلين أو بأنواع السلوك التى لاتؤدى إلى نتائج ايجابيـة .

ويمكن أيضا تيسير التعلم الاجتماعى إذا كان النموذج الذي نقتدي به لا يكتفي بأداء الأفعال بل يصحبها بتعليمات لفظية توجـه إنتباه الكائن إلى بعض التفاصيل التى قد تغيب عن ملاحظـة الشخص لها .

وهنـاك شروط خاصة بالفرد الذى يتعلم : فالدوافع والاهتمامات الشخصية والحاجات الخاصة تساعد على توجيه طاقم التعلم الاجتماعى عند الشخص . كذلك تساعد معتقداته الشخصية وقيمـه واتجاهاته الاجتماعية على أن يتعلم بسرعة خاصة الأشياء التى تتفق مع بنائه الاعتقادى واتجاهاته السابقة.

ويساعد الأداء الفعلى للسلوك على سرعة تعلمـه خاصة إن كان يتضمن كثيراً من الأفعال المركبة . فتعلم اللغـة لن يتم بمجرد ملاحظة الآخرين وهم يتكلمون ، ولكن لابد أن ندفع الشخص إلى ممارسة هذا السلوك عملياً .

وتزداد قدرة الشخص على التعلم من خلال بعض الشروط العقلية كالذكاء ، وقدرة الشخص على تنظيم ذاته وبيئته كما سنرى عند عرضنا لبعض فنيات العلاج السلوكى التى اعتمدت على مبادئ التعلم الاجتماعى .

٤ - التعلم المعرفي :

قدم تولمان (Tolman, 1949) أدلة تجريبية تثبت أن الحيوانات في تجاربه لا تتعلم من خلال العادة كما تتكون بالطرق السلوكية التقليدية ، بل تتعلم أيضاً من خلال معرفتها المسبقة أو من خلال ما يسميه بالخريطة المعرفية Cognitive map . أي أن الفئران في متاهات التعلم تقوم بوضع خريطة معرفية بحيث تدرك كل ممر في المتاهة بعلاقته بالممرات الأخرى . فالفئران التي أمكن تعليمها عبور المتاهة على حامل متحرك للوصول للطعام ، يمكنها بعد ذلك أن تجد طريقها وهي تسير على أقدامها ، أو هي تعبرها سباحة عندما تكون المتاهة مغمورة بالمياه . مما يدل على أنها تصرفت في المواقف الجديدة كما لو كانت تملك خريطة تمكنها من معرفة المكان الذي تعيش فيه .

وقد تحول هذا المبدأ إلى نواة لتكوين نظرية التعلم المعرفي التي واكبت ظهور أحدث أنواع العلاج السلوكي وهو العلاج السلوكي - المعرفي Cognitive-behavior therapy

وتسلم نظرية التعلم المعرفي بأن الناس لا تتعلم فقط من خلال القواعد التشريطية ، أو التعلم الاجتماعي ، بل يتعلم الناس أيضاً من خلال التفكير في المواقف ومن خلال تحليلها ، وإدراكها ، وتفسيرها .

ويعود الفضل " لدولارد " و " ميلر " (Dollard and Miller, 1950) في إثبات أن قدرة الإنسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزي قد جعلته من أكثر الكائنات قدرة على الاستفادة من التعلم المعرفية . فبسبب قدرة الإنسان على استخدام اللغة والرموز قد يخرج من الموقف الواحد بنتائج مختلفة بحسب تفسيره لهذا الموقف وبحسب استنتاجاته منه وطريقة إدراكه له ، أو ما يأتيه من رموز وإشارات انفعالية أو فكرية . بعبارة أخرى فنحن لا نتعلم فقط استجابات ولكن نتعلم توقعات أو تنبؤات ورموز . وعندما نواجه بعد ذلك مشكلة ما أو موقفاً جديداً نكون قد تعلمنا أن نستجيب له وفق ما تجمع لدينا من معلومات سابقة أو رموز .

وقد استطاع " ألبرت إليس " *(Ellis, 1962)* أن يستفيد بنظرية التعلم المعرفى فوضع من خلالها مجموعة من القواعد لتشكيل نظريته فى العـــــلاج الســـلوكى والـــتى يطلق عليها العلاج العقلانى أو العلاج من خلال الدفع المتعقل *Rational emotive* والفكرة الرئيسية من هذا النوع من العلاج تقوم على تعديل مايقوله الناس لأنفسهم على أساس أن مايقوله الناس لأنفسهم داخلياً هو العامل الرئيســي فى تشكيل استجاباتهم الانفعالية نحو المواقف والأشياء . وســنرى فيما بعد ما هى الأســاليب الفنية التى تستخدم لتحقيق أهــداف هذا النوع من العلاج .

الأســاليب الفنيــة فى العلاج الســلوكى

١ - فنيات التشريط بالنقيض *Counter conditioning* :

تدور فنيــات التشريط بالنقيض حول فكــرة أن الاستجابة لمنبه معين يمكن إزالتها أو استبدالها بسلوك آخر نحو نفس المنبــه . وتعتبر محاولة " مارى كوفر جونز " الناجحـــة *(Jones, 1924)* فى إزالة مخاوف الطفل " بيتر " نموذجاً جيداً لاستخدامات هذا المبدأ علاجياً . وهناك فنيــات كثيرة قد اعتمدت فى تطورها وظهورهـــا على هـــذا المبدأ مثـــل :

التطمين التدريجى المنظم *Systematic desensitization*

استخدم جوزيف ولـــبي *(Wolpe, 1958)* هذه الفنيـــة لعلاج حالات القلق . وقد أطلق على هذا الأسلوب من العلاج مصطلح الكف المتبادل وهو موضوع كتابه الشهير فى سنة ١٩٥٨ ، والذى يلخص فيه جهوداً علاجية لما يقرب من ٢٠٠ حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ٨٩% منها بالاعتماد على هذه الفنية . والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل مستوحاة من نفس المبادئ التى استخدمتها " مارى كوفر جونز " فى علاج بيتر قبل " ولبى " بثلاثين سنة ومؤداها أننا : إذا نجحنا فى استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له ، فإن هذه الاستجابات المعارضة تؤدى إلى توقف

وكف كامل أو جزئى للقلق . ولهذا يبدأ فى النقصان والاختفاء تماماً بعد ذلك .

وقد تبين لـ " ولبى " أن كثيراً من مرضاه يمكن علاجهـم وتقوم طريقة ولبى - إجرائياً - على تشجيع العصابى أو المريض النفسي على مواجهـة مواقف القلق والخوف تدريجياً . والهدف الرئيسي من ذلك تحييـد مشاعر المريض العصابية ومخاوفه من خلال التعرض التدريجـى للموقف أو المواقف المثيرة للقلق مع إحداث استجابات معارضة لهذا القلق فى كل مرة يتعرض فيها الشخص لهذا الموقف حتى يفقد خصائصـه المهـددة ويتحول إلى موقف محايد ، أى إلى أن تلغـى العلاقـة بين المنبـه والاستجابة العصابية (القلق أو الخوف) ويتم تنفيذ هذه الفنيـة العلاجيـة على أربع مراحل :

١ - تدريب المريض على الاسترخاء العضلى .
٢ - تحديد المواقف المثيرة للقلق من خلال الأسئلة التى تجرى خلال المقابلات التمهيديـة ، أو من خلال استخدام بعض المقاييس السلوكية .
٣ - تدريج المنبهات المثيرة للقلق بحسب شدتها :

مثال : تدريج الخوف من رفض الآخرين (القلق الاجتماعى) :

١ - التقدم لطلب عمل يحتاج لإجراء مقابلة شخصية قد يرفض بعدها الشخص
٢ - الوجـود فى تجمع أو حفل من ٤ أشـخاص .
٣ - احتمال رفض إدماجـه فى نشاط اجتماعي مع مجموعتـه .
٤ - مخاطبـة مجموعـة من الأشـخاص .
٥ - شخص آخر يحاول أن يتلمس له العيـوب .
٦ - تهكـم من الزوج (أو الزوجة) أو الأصـدقاء .
٧ - تعليقـات اسـتهزاء من الأصـدقاء .

٨ - تعليقات استهزاء فيها تقليل من الشخص صادرة عن الزوج أو الزوجــة أو الأبناء (إبراهيم ، ١٩٨١) .

(٤) التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخيل أو فى مواقف حية) مع الاسترخاء ، ثم التدرج لمنبهات أخرى حتى نهاية القائمة .

يستخدم أسلوب العلاج بالتطمين المتدرج بنجــاح فى علاج المخاوف المرضية على شرط أن تكون هذه المخاوف مرتبطــة بالمواقف التى تثيرها وليست لسبب عوامل اجتماعية أخرى . فمن العبث علاج المريض بالمخاوف من الامتحانات بوضع تدريج لقلق الامتحانات ، بالرغـــم من أن مخاوفه ناتجــة أساساً من فوبيا الأماكن الضيقة . ويشترط أيضاً لنجاح هذا الأسلوب فى علاج المخاوف المرضية أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقه أثنـــاء الاسترخاء ، وأن يكون من المقتنعين بفائدته العلاجيــة ، وألا تعود عليه مخاوفه بأى مكاسب ثانوية كالعطف الشديد من الأهل ، أو الحصول على اهتمامهم ، وتلبية رغباته فى التخلى عن بعض المسؤوليات والإحباط .

الاسترخاء العضلى : *Muscle relaxation*

يعرف الاسترخاء علمياً بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر . وقد ابتكر " جاكبسون " (*Jacobson,1938*) أسلوب الاسترخاء التصاعدى *Progressive relaxation* موضحاً أنه يؤدى إلى فوائد علاجيــة ملموســة بين مرضى القلق . وقد استطاع " ولبى " أن يطور من هذا الأسلوب خلال نظريته فى الكف المتبادل موضحاً أن الاسترخاء يعتبر من العوامل الكافة للقلق . فلا يمكن للشخص أن يكون مسترخياً وقلقاً فى نفس الوقت . وتعتبر الأساليب الحديثة فى الاسترخاء من أشهر أساليب العلاج السلوكى . ويحتاج إجراؤه إلى تدريب منظم . وبالرغم من أنه لايوجد ترتيب محدد للأعضاء التى يجب البداية باسترخائها ، فإن غالبية المعالجين السلوكيين يفضلون البدء بالتدريب على استرخاء

عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية ، وليتعلم البعض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلي ونتائجه من ناحية أخرى .

وعلى العموم نجد أن إعداد المريض وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلي تتكون من النقاط التالية :

١ – يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لاتختلف عن أى مهارة أخرى يكون قد تعلمها فى حياته كقيادة سيارة .

٢ – يبين له أيضاً أنه – أى المريض – مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدوداً وعصبياً ومتوتراً ، وأنه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أى قادراً على الارتخاء والهدوء .

٣ – أن يستلقي المريض فى وضع مريح عند بداية التدريب فى مكان هادئ خال من المشتتات .

٤ – يبدأ تدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع وفق الخطوات التاليــة :

– غلق راحــة اليد اليسرى بإحكام وقــوة .

– ملاحظــة التوتر فى عضلات اليــد .

– فتح راحة اليد اليسرى بعد ثوان معدودة وارخائها مع ملاحظــة أن العضلات أخذت تسترخى وتثقــل .

– يكرر هذا التمرين عدداً من المــرات حتى يدرك المريض الفرق بين التوتر والاسترخاء.

٥ – ينتقل المعالج بعد ذلك إلى الأعضاء المختلفة من الجسم عضواً عضواً بدءاً من الأعضاء التى تقع فى النصف الأسفل من الجسم أى القدمين وأصابعها ثم المناطق الوســطى (البطن والعجز) ثم المناطق العليا الصدر وعضلات الوجه وأعضائه . وذلك وفق خطوات منظمــة تشرحها تمارين الاسترخاء .

(أنظر كمثال على ذلك التدريب المدون فى كتابنا العلاج النفسى الحديث ، ١٩٨١ ص ٩٨ - ١٠٢) .

٦ - بعد تعلم هذا التمرين يمكن فى المرات التالية استخدام تمرينات الاسترخاء العميق التى لايحتاج إلى شد واسترخاء ولكنها تركز على الاسترخاء المنظم لعضلات الجسم . (أنظر كمثال الملحق رقم ١ فى نهاية الكتاب) .

٧ - لنجاح الاسترخاء من المهم أن يستخدم المعالج قوة الإيحاء ، ومساعدة المريض على التركيز الفكرى ، والتكرار حتى يصل به إلى درجات عميقة من الاسترخاء.

وبالرغم من أن الاسترخاء يعتبر أسلوب علاج ناجح للحالات المصحوبة بالتوتر العضلى والشد كما فى العصاب فإن هناك مايدل على أنه ينجح أيضاً فى علاج كثير من حالات التوتر المصاحبة للأمراض الذهانية من فصام واكتئاب (إبراهيم ، ١٩٨٣) فضلاً عن الأمراض السيكوسوماتية مثل الربو وارتفاع ضغط الدم (*Dolys and Bruno, 1983*) .

وقد ساعد التطور التكنولوجى على تطور أساليب العلاج بالاسترخاء باستخدام أجهزة البيوفيدباك *Biofeedback* أو المردود (العائد) الحيوى ، وهى أجهزة مساعدة تدرب الفرد على الاسترخاء ومنها أجهزة البيوفيدباك الحرارى وهى عبارة عن ترمومتر قارئ لدرجة حرارة الفرد ، ويربط بإصبع اليد مع تمارين الاسترخاء وكلما زادت درجة حرارة اليد كلما كان ذلك دليلاً على الاسترخاء وهذا يشجع المريض على تحقيق معدل أكبر من الاسترخاء وتخفيض القلق والتوتر .

وهناك أجهزة أخرى مثل التنبيه الكهربى للدماغ بارسال إشارات كهربية (الموجة القصيرة) إلى الرأس توحي للمريض بقدرته على الاسترخاء وتنظيم العمليات الحيوية فى الجسم .

كما أن هناك النوع الذى يستخدم إرسال أصوات الموجات الدماغيـــة ألفا وبيتا وثيتا عن طريق سماعات محكمة بالأذن ، ويتم توصيل كابلات سلكية بالأذن ومؤخرة الرأس الأوسط وتحسب هذه الأجهزة مسار التيارات الدماغيـــة وترسمها على منحنى يعرف المريض من خلاله أى مستوى من الاسترخاء قد حققه أثناء الجلســـة .

ويستند التفسير العلمى للتدريب على الفيدباك إلى : -

١ - العقل يسيطر على الجســـد .

٢ - يعرف الجسد كيف يحافظ على التوازن الداخلى الصحى .

٣ - القشرة المخية ترسل رسالتها إلى الجهاز اللومبى والجهـــاز اللومبى يرسل إلى الهيوثلاموس الذى يرسل بدورة إلى الغدة النخامية والكظريـــة وأخيراً ترسل الغدة النخامية إشارتها إلى كل الغدد الصماء وهذا هو المسار الأولى للتوتر والاسترخاء .

٤ - إن التوتر يبعد الجسم كثيراً عن توازنـــه والاسترخاء يعيدة إلى مرحلة التوازن

٥ - إن الاسترخاء مهارة جسدية عقليـــة .

التوكيدية (تأكيد الذات) *Assertiveness*

يعرف ولبى (*Wolpe, 1959*) مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال فيما عدا التعبير عن انفعال القلق . إلا أن المعالجين السلوكيين يعالجون هذا المفهوم بصورة أكثر اتساعاً . فالشخص التوكيدى ليس هو فقط من يدرب نفسه على العدوان ، وإعطاء الأوامـــر والتحكـــم فى الآخرين ، بل هو أيضاً يستطيع التعبير الإيجابي عن كثير من المشاعر الأخرى مثل الصداقة ، والود ، والإعجاب والشكر . ولهذا فإن العلاج السلوكي القائم على تدريب التوكيدية فى الشخصية لايقتصر على تعلم التعبير عن الاحتياجات والحقـــوق ، والهجـــــوم ، بل ويتضمن تدريب الأشخاص عن الاتجاهات الإيجابية الدالة على الاستحسان ، والتقبل ،

وحب الاستطلاع وأداء الواجبات ، وإظهـار الحب ، والتعبير عن المودة ، والمشاركة الإيجابية .

وتعتبر التوكيديـة فنية أخرى من فنيات التشريط بالنقيض لأن الحرية الانفعالية والتعبير عن الانفعالات الإيجابية والسلبية (التوكيدية) فى مواقف الحياة المختلفة تعتبر من الأساليب التى يتعارض ظهورها مع العصاب والقلق ، فالشخص لايمكن أن يكون توكيدياً وقلقاً فى نفس الوقت . ومن ثم فإن تدريب الشخص على الاستجابات الواثقة والإيجابية عند التفاعل بمواقف أو أشخاص يثيرون القلق والتهديد ، سيجرد هؤلاء الأشخاص وهذه المواقف من خصائصهـم المهددة والمثيرة للقلق لأن الإيجابية والقلق لايجتمعان .

وقد استخدمت فنية التوكيدية فى الأصل لعلاج القلق الناتج عن الخضوع والسلبية فى المواقف المختلفة *(Phares, 1979)* ، إلا إن السنوات الأخيرة قد شهدت تطوراً واضحاً فى نمو عدد كبير من برامج تأكيد الذات لعلاج مشكلات كثيرة منها : علاج المشكلات الجنسية ، والاكتئاب ، ومشكلات التوافق الأسرى ، ومشكلات العمل والتعامل مع السلطة .
(إبراهيم ١٩٨٣) , *(Phares, 1979; Wilson and Franks1982)* .

ولتدريب القدرة على التوكيدية تستخدم فنيات علاجيـة أخرى منها التدريب على أداء الأدوار الاجتماعية ، والتدريب على تنطيق المشاعر *Feeling talk.* أى تحويل المشاعر الداخلية والانفعالات إلى كلمات صريحة منطوقة بطريقة تلقائية ، وتشكيل السلوك بملاحظة النماذج (الاقتداء بالسلوك التوكيدى لدى الآخرين)، وقد يجد بعض المرضى صعوبة فى تمثيل الدور التوكيدى ، لكن يجب على المعالج أن يقوم بكل جهده بإقناع المريض بذلك ، ولأن المعالج يمثل أحياناً قدوة فى حياة المريض ، فإنه يمكن أن يقوم هو نفسه بأداء الأدوار بطريقة تيسر على مرضاه محاكاتها وإعادتها .

ويوجـه المعالجون اهتمامهم أيضاً إلى تدريب المريض على إحداث استجابات بدنية ملائمة مثل نبرات الصوت المعتدلة ، وأســاليب الحركة ، والاحتكاك البصرى الملائم . (للإطــلاع علــى مــزيد من أســاليب تدريب التوكيدية أنظر إبراهيم ، ١٩٨٣ ، سعود ١٩٨٤) .

أسـاليب التنفير *Aversive Techniques*

تبين نظرية التعلم أن الاستجابة التى يصحبها أو يتلوها ألم أو عقاب تضعف وتتلاشى ، ومن ثم يمكن إحداث تغـيرات سلوكية من خلال عقاب ، أو إلحاق ألم بالكائن إثر ظهـور بعض الاستجابات غير المرغوبة (*Korchin, 1976*) ويطلق على هذا الأسلوب العلاج بالتنفير *Aversion therapy* ويستخدم فى علاج طائفة كـبرى من المشكلات السلوكية والانحرافات وذلك كالتدخـين ، والإدمان ، والانحراف الجنسى (اللواط) ، والتبول اللاإرادي .... إلخ .

ويمكن – من الناحية التنفيذية – إجـراء التنفير من خلال توجيـه صدمات كهربائية إثر ظهور السلوك غير المرغوب أو إعطاء عقاقير أو أدوية تثير القيء والغثيان والضيق عند الانغماس فى جانب غير مرغوب من السلوك . ولذلك يعالج الإدمان على الخمور بإعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للغثيان كالأبومورفين *Apomorphine* بعد التعاطي مباشرة . ويعالج البوال اللا إرادي باستخدام سرير ماورر *Mowrer bed* الذى يرن بعنف فيوقظ الطفل إذا حدث أى بلل . ويعالج الشذوذ الجنسي بين الذكور بتوجيه صدمات كهربائية للمنحرف إثر عرض صور عارية للذكور .

ويعاب على أساليب التنفير أنها آليــة وعمياء وتثير بعض الاعتراضات الأخلاقية ، إلا أن المعالجين السلوكيين قد طوروا أساليب تنفيرية أخرى يمكن للفرد استخدامها بنفسه وذلك مثل عقــاب النفــس بحرمانها من شيء مرغوب إثر التورط فى سلوك غير مرغوب فالشخص الذى يتلف عامداً

سيجارة إثـــر كل سيجارة يدخنها ، والبدين الذى يعاقب نفسه بالتخلي عن أكل شيء يحبه إثر تناوله لأى طعام خارج الوجبات المعتادة ، كلاهما يمارسان فى الواقع أســـاليب ذاتية من العقاب والتنفير من الســـلوك غير المرغوب وهما التدخين والإفراط فى الأكل .

ب - فنيات العلاج بالتعلم الفعال :

أمكن اعتماداً على الأفكار النظرية التى دعا إليها " سكينر " تطوير مناهج العلاج السلوكى من خلال تعديل الجوانب الشاذة والمضطربة لدى المرضى ، وتحويلها إلى جوانب مرغوبة ، ويتم ذلك من خلال نفس القواعد التى بنى عليها سكينر نظريته فى التعلم الفعال التى يعتبر التدعيم من أهمها :

التدعيم هو أى فعل يؤدى إلى زيادة حدوث استجابة معينة أو تكرارها . وذلك مثل كلمات المديح والتشجيع والإثابة المادية أو المعنوية وقد يكون التدعيم ايجابياً أو سلبياً . ويشير التدعيم الايجابى إلى أى فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة شيوع السلوك المرغوب . وذلك مثل شكر الطفل أو تقديم قطعة من الحلوى له عندما يقوم بأداء واجباته المنزليـــة أو الدراســـية على أمل أن يستمر فى ذلك . أما التدعيم السلبي فيتمثل فى التوقف عن إظهـــار مدعـــم كريـــه أو منفـــر عند ظهـــور سلوك مرغوب ، وهو يؤدى بالمثل إلى زيادة فى السلوك المرغوب فالطفل يدعـــم أبويـــه ســـلبياً إذا كف عن الصراخ والبكاء عندما تحمله أمـــه .

والتدعيم السلبى ليس عقاباً ، لأن العقاب يتضمن إظهـــار منبـــه مؤلـــم أو منفر. عندما يظهر سلوك غير مرغوب وكمثال على العقاب نهـــر الطفل وزجـــره ، وطرد التلميذ من الفصل إثر استجابات اجتماعية غير لائقـــة . وقد يأخذ العقاب شكل حرمان من مدعـــم إيجابى إثر ســـلوك غير مرغوب وتسمى هذه الفنية العلاجيـــة بأسلوب تكاليف الاستجابة *Response cost* . وتعتبر الجزاءات المادية التى تفرض على الموظف المهمل فى عمله مثالاً طيباً على استخدام العقاب وفق هذه الطريقة .

ولإجراء العلاج السلوكى بالاعتماد على مبدأ التدعيم نحتاج إلى القيام بعدة خطوات . فمن المهم أن نبدأ : أولاً بالتحـديد الدقيق النوعى لأنواع السلوك التى نريد تغييرها بطريقة التدعيم . ويطلق سكينر على هذه الخطوة اسم التشخيص (Skinner, 1953) ، ولو أن الإجراءات التى يقوم بها المعالج السلوكى للوصول إلى التشخيص تختلف فى أهدافها عما يقوم به الأخصائيون فى المجالات العلاجية الأخرى . فالتشخيص اعتماداً على مبادئ العلاج السلوكي يتطلب تحقيق هدفين رئيسيين :

أ – التحديد النوعى للسلوك غير المرغوب (المرضي) ، ويسمى أحياناً السلوك المحورى *Target behavior* وذلك كالعدوان ، أو الانسحاب ، أو الخوف ، هلوسات ، تهتهـه .... الخ . ولتحـديد السلوك المحـورى يهتدى المعالج السلوكى بتعريف شـائع للسلوك المرضي على أنه السلوك الذى لايستريح له الفرد ، أو يؤدى إلى نتائج سيئة إما للفرد نفسه أو للآخرين أو لكليهما .

ب – الاهتمام المباشر بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المحورى (غير المرغوب) . ويختلف اهتمام المعالج السلوكي بهذه الظروف عن اهتمام زملائه المرتبطين بالمدارس العلاجية الأخرى بتاريخ الحالة . فالمعالج السلوكى لا يولى اهتمامه لتاريخ المريض ولكن لتاريخ المشكلة أو السلوك المرضى ذاته . ولهذا فإنه يولى اهتمامه للظروف المحيطـة بشخصية المريض لكي يكشف عن مقدار إسهامها فى تكوين الأعراض المرضية . فالعدوان الذى يصدر من مريض معين على أطبائه فى داخل المؤسسـة لايدرس فى ضوء العلاقات القديمـة بالسـلطة الأبويـة . أو عقـدة أوديب ولكن من خلال الاهتمام بأنماط التفاعل التى تتم داخل العنبر العلاجـي بين المريض وأطبائـه . وبالمثل فإن المعالج السلوكي عندما يواجـه مشكلة انفعاليـة لدى طفل معين، فإنه لايميل إلى ردها لأسباب قديمـة في أساليب التنشـئة ، أو لأسـباب غريزية ، بل يحاول أن يستكشف الأسباب فى إطار مفهوم الاستجابة والتدعيم

أى فى البحث عن الأخطاء التربوية فى المترل أو المدرسة التى ارتكبت فى حق هذا الشخص (بسوء قصد أو بحسن نية) مما أدى إلى اضطراب . بعبارة أخرى فإنه يهتدى بإطار نظرى فحواه الرئيسي أن السلوك المرضى (العدوان أو القلق مثلاً) نتاج رئيسي لاستجابات البيئة وتدعيماتها للسلوك الانفعالى لدى الشخص .

ثانياً : التشخيص ماهو إلا مرحلة أولى يأتى بعدها العلاج . ويقصد بالعلاج اعتمادا على مبدأ التعلم الفعـال إعـادة وضع علاقـات وظيفية بين المنبهات (أى الظروف التى أدت إلى ظهور العرض أو الاستجابات أى السلوك المحوري ، المرضي) فإذا كنا قد استطعنا خلال مرحلة التشخيص أن نحدد المتغيرات التى أدت إلى ظهور السلوك المحورى ، فإن العلاج يتضمن القيام بضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها بهدف التغـيير من السلوك المرضى والاضطرابات . بعبارة أخرى ، فإن العلاج يتضمن إزالة الاضطرابات بإزالة الشروط المؤديـة إليها من خلال القيام بعمليات ضبط للمتغيرات ، أى الظروف التى أحاطت بظهور الأعـراض .

وقد يتضمن العلاج أيضاً تحـديداً دقيقاً لأنماط السلوك السوى التى يتجـه إليها اهتمام المريض (تأكيد الذات – تكوين علاقات دافئة سوية بالآخرين ، تخصيص فترات طويلة للقيام بنشاطات إبداعية أو دراسية ، ... الخ) . ويحاول بعد ذلك العمل على زيادة شيوعها لدى الشخص بنفس مناهج الاستجابة والتدعيم .

وتبين التقارير أن وضع خطة لتنفيذ مبادئ التدعيم والعقاب بالشكل السابق تؤدى إلى نتائج علاجية ملحوظة . فقد ثبت فى إحدى الدراسات أن الهلاوس السمعية والبصرية والتفكير غير المنطقى لدى مريض فصامي قد اختفت نتيجة لمجرد التجاهل عند حدوث هذه الجوانب *(Hagen, 1975)* مع

تدعيمـــه إيجابياً بإظهار الاهتمام والحماس والتشجيع عندما يتحدث بطريقة متماسكة ومنطقية . ويستخدم التدعيم الايجابي فى علاج عيوب الكلام التى تنتج بسبب ظروف اجتماعية سيئة ، وذلك بالتقليل من تلك العوامل أو التخلص منها مع تكوين أنماط صحية جديدة من التفاعل تساعد على زيادة الثقة بالنفس (إبراهيم ، ١٩٨٣) ، ويستخدم أيضاً بنفس النجاح فى علاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال مثل البكاء والعناد والتبول اللاإرادي ، والعدوان . على سبيل المثال أمكن إيقاف طفل فى الرابعة من عمره فى مدرسة حضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب بمجرد تجاهله عندما يبكي ، وإبداء الاهتمام والرعاية عندما يتوقف عن ذلك . وذلك فى فترة لاتزيد عن ١٥ يوم . ويعلق المعالج الســـلوكي الذى قام بعـــــلاج هذا الطفل على ذلك (واطســـون ، ١٩٧٦) قائلاً : " لاحظنا الطفل لأيـــام متعـــددة عندما طلب إلينا مساعدة المشرفين على دار للحضانة أن نساعدهم فى إيقاف بكائه وعويلـــه الدائمين دون سبب واضح . وطوال الفترات التى لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء فى كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء فى المتوسط تحدث فى كل صباح فى الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهراً . واكتشفنا أثناء ملاحظاتنا أيضاً أن نوبات البكاء والصراخ التى كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين إسكاته وملاطفتـــه حتى يتوقف عن البكاء . " وقد أمكن لنا باستخدام التدعيم الإيجابي عندما يندمج الطفل فى نشاطه العادى والتجاهل عندما يبكى أن تتوقف نوبات البكاء تماماً خلال خمسة عشر يوماً . فضلاً عن هذا توقف الطفل عن إبداء أى مشكلات نتيجة لهذا الأسلوب البسيط " .

اقتصاديات التدعيم (الاقتصاد المنحي) *Token economy*

بظهور المبادئ النظرية للتعلم الفعـــال تطـــورت مناهـــج علاجيـــة متطـــورة من أهمها منهج الاقتصادى المنحى الذى يستخدم على نطاق واسع فى ميادين إدارة المؤسسات الصحية ، والمستشفيات العقلية ، ومؤسسات

رعاية المتخلفين عقلياً ، والمدارس . والسجون . وتعتمد فنيات هذا المنهج على نفس المبادئ النظرية لسكينر . ويتطلب إجراؤه القيام بمراحل من أهمها :

١ - تحديد الجوانب المرغوبة من السلوك والمطلوب تحقيقها لدى الأشخاص موضوع العلاج ، مثلاً :

- التوقف عن العدوان .
- تنظيف العنبر .
- حسن المظهر ونظافة الهندام .
- التعاون مع الآخرين .
- أداء الواجبات المدرسية .
- .... الخ .

ويشترط أن يكون هذا التحديد نوعياً ومحدداً وبعيداً عن العموميات فالقول مثلاً أن الأهداف هى خلق شخصية قوية أو إنسان قادر ، أو إرادة قوية ، يعتبر هدفاً عاماً . ومثل هذه العموميات يصعب تحديدها من ناحية ويصعب على الآخرين إدراك معناها أو الاتفاق على مدلولها .

٢ - تحديد التدعيمات المناسبة لكل فرد مثل : القيام بنزهة ، رئاسة الصف ، قطعة حلوى ، سجائر ، مجلة ، كتاب .... إلخ .

٣ - مكافأة جوانب السلوك المرغوبة عند ظهورها بوضع وسائط للتبادل مثلاً نجمة ، أو فيشة عند ظهور السلوك المرغوب .

٤ - استبدال هذه الوسائط بمدعمات ملائمة ومحددة من قبل فى الخطوة ٢ .

ومن مزايا هذا المنهج أنه يمكن تطبيقه على جماعات كبرى ، كما يمكن استخدامه فى تعديل كثير من الجوانب الشاذة ، وزيادة الدافع للقيام بجوانب إيجابية من السلوك . وسنفرد له الفصل التاسع لأهميته وأهمية تطبيقاته (أنظر الفصل التاسع من الكتاب الحالي ، كذلك أنظر : *Burchard and lane, 1982, Hagen, 1975. Ruggles and Leblanc, 1982)*

جـ - فنيات العلاج بالتعلم الاجتماعى

العلاج بالقـدوة :

يعتــبر " بانــدورا " من الأوائل الذين أثبتوا أن التعلم الاجتماعي أى التعلم من خلال مشاهدة الآخرين يعتبر من المبادئ الرئيسية التى يجب حسابها (Bandura, 1969) فقد بين بالأدلة التجريبية فيما رأينـا أننا نكتسب من مشاهدة الآخرين جوانب ضخمة من السلوك البسيط والمركب على حـد سـواء .

وقد أثبتت هذه النظرية فاعليتها فى مجالات التطبيق الإكلينيكي من خلال سلسلة من الدراسات التى أجريت بهدف علاج بعض المخاوف المرضية الشائعة كالخوف من الثعابـين (Bandura, Blanchard, and Ritter, 1969) . فلقد أمكن تخفيف الخوف من الثعابين فى هذه الدراسـات من خـلال تمكـين المرضـى من ملاحظـة أشخاص آخرين - بعضهم فى مواقف حية وبعضهم فى مشاهد سينمائية - يقومون تدريجياً بالاقتراب من الثعابين الزاحفة . وبنفس الطريقة بينت بحوث أخرى أن بالإمكان علاج الخوف من الكلاب وأطباء الأسنان باستخدام هذه الفنية العلاجيـة (Davison and Neale 1974) .

وقد استخدم لازاروس (Lazarus, 1971) فنية القدوة لعلاج بعض الصعوبات الاجتماعية لدى أحد المرضى وذلك من خلال دفع المريض لملاحظة مايقوم به المعالج عند التفاعل بنفس المواقف التى أدت إلى المشكلات الانفعالية لدى المريض ، ثم أن يطلب منه المعالج القيام بأدائها عدداً كبيراً من المـرات حتى يتقن مهارات التفاعل الاجتماعى وقد أطلق لازاروس على منهجـه هذا : البروفات العلاجيـة *Therapeutic rehearsal* .

ويمكن التنفيذ الإجرائى لهذه الفنية من خلال عدة طرق فى عرض السلوك المطلوب تعلمه منها :

١ – تقديم النموذج أو القدوة فى عرض فعلي .
٢ – عرض القدوة بطريق التخيل .
٣ – عرض رمزى من خلال المشاهدة السينمائية أو الفيديـو .
٤ – المساهمة أو المشاركة فى أداء السلوك بعد ملاحظـة القدوة
(Krasner, 1982) (Emmelkamb, 1982) .

ويوضح " إميلكامب " (Emmelkamb, 1982) أن من بين الاستخدامات العلاجية لفنيات القدوة توجد أدلة قويـة على فعالية هذا الأسلوب فى علاج حالات القلق الاجتماعي الذى ينشأ بسبب الحاجـة إلى وجود مهارات اجتماعية تحتاج للتدريب ، أما فى علاج أنواع القلق الأخرى مثل الأجورافوبيا *Agoraphobia* (الخـوف المرضي من الأماكن المتسعة) فهو يؤدى إلى نتائج محدودة .

ويبدو أن نجاح القدوة كمنهج علاجي يتوقف على شروط كثيرة من أهمها فيما بينا فى بداية حديثنا : طبيعة المشكلة أى نوع السلوك المراد تعديله ، والشخص القدوة وما يتصف به من نجاح وقوة وجاذبية للمريض ، فضلاً عن المريض نفسه ومقدار انتباهه . ودوافعه ورغبته فى العلاج ، وقدرته على تنظيم ذاته وسلوكه ، كذلك أن يكون أداء السلوك المراد اكتسابه مصحوباً بتعليمات لفظية توجه الانتباه إلى بعض التفاصيل الهامة التى قد تغيب عن ملاحظة المريض .

د – فنيات العلاج المعرفى

الاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل إنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكى الظاهرى والنشاط السلوكي الداخلي . لهذا فمن الممكن ضبط المشكلات الانفعالية بأكثر من طريقة . إذا كان هناك مثلاً شعور باستثارة انفعالية كالقلق أو الخوف أو الاكتئاب فى موقف معين ، فإن من الممكن تحقيق الضبط الانفعالي بطرق مختلفـة . يمكن مثلاً ضبط المظهر السلوكى من خلال الفنيات السابقة كالاسترخاء أو

التطمين التدريجي أو تأكيد – الذات لكن من الممكن أيضاً ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس ، أو من خلال تغيير اتجاهاتنا نحو بعض المنبهات المثيرة للانفعال .

وقد نمت في السنوات الأخيرة اتجاهات العلاج السلوكي المعرفي التي تتفق في مجملها على تأكيد أن نجاح العلاج النفسي أو نجاح شخص في العلاج يجب أن يكون مصحوباً بتحسن في طريقة تفكيره ، وإدراكه لنفسه والعالم .

ويسلم الاتجاه المعرفي في العلاج فيما رأينا بأن سلوك الفرد وعملياته النفسية إما يتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد الأشياء ويفكر فيها ، أو على توقعه للطرق التي سيتحدث بها أشياء معينة (روتر ، ١٩٧٦) . بعبارة أخرى ، فإن سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة فضلاً عن الاتجاهات والمعتقدات التي نحملها عن الأشياء والعالم.

وإحساساً بأهمية تأثير العوامل المعرفية والإدراكية على إثارة الاضطراب فقد نمت بعض الفنيات العلاجية للتأثير المباشر في طريقة التفكير بهدف العلاج النفسي من أهمها :

فنيات استبدال الأفكار المرضية بأفكار عقلانية :

يرى ألبرت إليس (*Ellis, 1969*) صاحب نظرية الدفع – المتعقل أن الاستجابات الانفعالية التي تحدث خلال التفاعل بالمواقف المختلفة ، لا تحدث بسبب هذه المواقف ولكن نتيجة لإدراكنا وتفكيرنا في هذه المواقف . فشعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضي الشديد إثر العجز عن تحقيق هدف معين أو خسارة شيء أو موضوع هام لا ينشأ بسبب هذه الخسارة أو العجز ، ولكن بسبب ما أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الحوادث .

وبناءاً عليه ، يرى " إليس " أن استجاباتنا الانفعالية قد تكون معقولة أو لا معقولة بحسب اتجاه التفكير . فإذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون معقولاً وسوياً ؛ ويكون انفعالنا بالأشياء إيجابياً

ودافعاً لمزيد من النشاط البناء . وإذا كانت طريقة التفكير لا معقولة وغير منطقيـة ، فإن انفعالاتنا ستكون على درجة مرتفعة من الاضطراب . ولهذا يميز " إليس " بين نوعين من الأفكار والمعتقدات :

أ – اعتقادات منطقية وعقلانية ، وتصحبها فى الغالب حالات وجدانية سليمة ، وتدفع الإنسان لمزيد من النضوج والانفتاح .

ب – اعتقادات لا منطقية وغير متعقلـة تصحبها الاضطرابات الانفعالية كالعصاب والذهان ، والإحبـاط .

وعندما يواجـه الفرد أى موقف أو شخص فإنه ينظر إلى كل منهما ويتعامل مع كل منهما وفق معتقداته وأفكاره عنهما فيشعر بالتهديد أو الطمأنينـة ، بالسلام أو العداء ، بالحب أو الكراهيـة ، بالإقبـال أو الإحجـام حسب ما تمليه عليه أفكاره ووجهـات نظـره وأفكـاره .

وقد اسـتطاع " إليس " أن يحـدد الأفكار والمعتقـدات اللامنطقيـة التى يتبناهـا الأشخاص عن أنفسـهم أو عن الآخرين فتـؤدى إلى مختلف الاستجابات المرضية من عدوان أو قلق أو اكتئاب . ومن أمثلة هذه المعتقـدات :

١ – يجب أن يكون الإنسان محبوباً ومقدراً ومؤيـداً من الجميع وفى كل الأوقات .

٢ – يجب أن ينتهى كل عمل أعمله إلى النجاح حتى أشعر بالسعادة .

٣ – الظروف الخارجية والحظ وارتباطنا بأشخاص آخرين أو مكان معين هو السبب الرئيسي فى شقاءنا وتعاسـتنا .

٤ – من الأفضل استخدام الطرق السهلة لمواجهـة مصاعب الحياة ومسؤولياتها كالانسحاب والتجنب .

٥ – يجب أن يكون الشخص قادراً دائماً على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء فى كل الجوانب الممكنة من شخصيته .

٦ – قيمتنا الشخصية تعتمد على ما يظنـه الآخـرون فينا .

٧ – إذا اختلف شخص معين معي ، فإنه لايحـبنى .

٨ - يجب أن يكون هـدف الإنسان هو القمـة ، ودونها سيكون إنساناً فاشلاً .. الخ

إن ترديد مثل هذه الأفكار فيما يرى بيك (Beck, 1979) تثير لدى من يقتنع بها كل ضروب الاضطراب العصبى والشقاء ، لأنها تتعامل مع مستحيلات . فمن المستحيل أن يحظى شخص يحب كل الناس فى كل الأوقات ، ولهذا فنصيب الشخص هو الإحباط الشديد عند ظهـور أى بادرة على الرفض أو النقد .

وقد استطاعت نظريـة الدفع المتعقل أن تبتكر كثيراً من الوسائل الفنية لمساعدة الأشخاص على التخلص من هذه الأفكار اللاعقلانيـة منها :

١ - التوجيه المباشر والتربية : فنحن قد نفكر بطريقة انهزامية تدعو لليأس أو الاكتئاب لأننا لانعرف البدائل الصحيحة من التفكير البناء ولهذا أكد " أليس " بأن العلاج يجب أن يتضمن عملية إعـادة تربية وضرورة التحاور مع المريض بكل الطرق المنطقيـة الممكنـة حتى يمكنـه استبدال فكرة بفكـرة ، وحتى يتبين له الجانب الخاطـئ من معتقداتـه .

٢ - الرفض المستمر للأفكار الخاطئـة مع الإقناع يساعد على تكشف جوانب الخطأ فى الأفكار السابقة .

٣ - تعلم طرق جـديدة لحل المشكلات العاطفيـة والسلوكية تؤدى إلى تنمية القدرة على حل المشكلات ، واكتشاف أن هناك طرقاً بديلة لتحقيق أهـداف أكثر واقعيـة.

٤ - التغيير من الأهـداف نفسها يساعد الشخص على التعديل من سلوكه الاجتماعى والنفسي خاصة إن كانت الأهداف أو التوقعات غير معقولة (روتر ، ١٩٧٦) .

٥ - تكليف الشخص بواجبات منزلية يسعى من خلالها إلى ممارسة الأفكار المنطقية التي اكتسبها عمداً وفى مواقف حية . فالشخص الذى يخشى من رفض الآخرين يشجع على الدخول فى مواقف حيـة قد تعرضـه

للرفض كأن يقوم بنقد متعمـــد لرأى شخص آخر يعرف أنه قد يهاجمــه نتيجـــة لهذا النقد .

٦ – التغـــير فى البيئة قد يؤدى إلى التغيير فى أفكارنا ، فبعض الأخطاء فى التفكير قد تكتسب نتيجـــة لتفاعلات اجتماعية خاطئـــة ، أو لإحباطات خارجية . لهذا فقد تشمل عملية العلاج شركاء الحياة الزوجيـــة أو الآباء أو الآخرين .

ويعطينـــا بيك (*Beck, 1979, P. 250*) المثال الآتي عن لقاء بين معالج سلوكي معرفي وطالب بإحـــدى كليات الطب ينتابه الخوف من إلقاء محاضرة أمام زملائه :

المريـــض : يجب أن أقوم بإلقاء محاضرة غداً أمام الفصل وهذا يرعبني لدرجة الموت

المعالــــج : ما الذي يخيفك فى هـــذا ؟ .

المريـــض : أخشـــى أنني سأكون مصـــدراً للسخرية والاستهزاء .

المعـــالج : افترض هـــذا ... افترض يعني أنك كنت مصـــدراً للسخرية ... ما هو السيئ فى ذلك ؟ .

المريـــض : لن أغفـــر هـــذا لنفسي مطلقـــاً .

المعـــالج : " مطلقاً " أمر مبالغ فيه ... طيب قل لي الآن افترض أنهم انتقدوك أو سخروا مما تقول . هل ستموت من جراء ذلك ؟ .

المريـــض : طبعـــاً لا .

المعـــالج :افترض أنهم قالوا إنك أســـوأ شـــخص اســـتمعوا إليـــه من قبل ... هل سيدمر ذلك مستقبلك المهني ؟ .

المريـــض :لا .... إنما من الجميل أن أكون قادراً على الحديث والتعبير أمام الناس .

المعـــالج :طيب ... لماذا إذن تعـــتبر الفشل فى مثل هذا الموضوع شيئاً فظيـــعاً ولا يحتمل .

المريـض :شعوري ! لن أكـون سـعيداً بذلك ! .
المعـالج : إلى مـتى ؟ .
المريـض :يوم أو يومـين .
المعـالج : وبعـد ذلك ؟ ما الذي سـيحدث ؟ .
المريض : قد أنسـى وسـتكون حياتي عاديـة .
المعـالج : يعني واضح أنك عايز تدمر نفسك وتزعجها كما لو كانت كل حياتك متوقفة على هذين اليومين .
المريض : نعـم .... هذا صحيح . فأنا أشـعر كما لو كان كل مستقبلي فى خطر .
المعـالج : طبعاً واضـح أن طريقـة تفكيرك فى الأمـور لابد أن تقـودك لذلك ... فأنت ترى الفشـل أي فشـل كما لو كان يحمل نهايـة العالم . وتحتـاج فى مثل هذه الأمور أن تعيـد نظرتك للفشـل فتراه بصـورة أدق – أي على أنه فشـل فى تحقيق هـدف وليس على أنه كارثـة أو مصيبة ! تحتـاج إلى مواجهـة لمسـلماتك فى الحياة .
(وعندما جاء المريض فى الجلسة التالية وبعد أن ألقى المحاضرة وكانت – كما تنبأ لها – سيئة بسبب مخاوفه دار بينه وبين المعالج هذا الحوار) :
المعـالج :بماذا تشـعر الآن ؟ .
المريض : أحسـن .... ولكنني كنت فى حالة سـيئة في الأيـام الأخيرة .
المعـالج : كيف تفكر الآن فى فكـرة أن الفشل فى الحديث يعتبر كارثـة .
المريض : بالطبـع لا .... إنه ليس كارثـة .
المعـالج : كيف تدركـه إذن ؟ .
المريض : بالرغم من أنه سيئ ، فأنا قادر على تحمله وأستطيع أن أحيا بعـده

لقد بدأ المريض يغير فكرته عن أن الفشل كارثة من خلال الدفع المستمر لاكتشاف الخطأ فى فكرتـه عن الفشل ، ومن خلال الرفض لاعتقاداته غير المنطقية، القائمة على المبالغـة ، والخطـأ فى الاسـتنتاج .

وعلى العموم فإن أسـاليب العلاج السلوكي المعرفي تبشر بكثير من النتائج الطيبة فى علاج الاضطرابات النفسية ، ويراها " فارس " (*Phares, 1979*) على أنها نتيجة طبيعية للتطور الذى حدث فى نظرتنا للسلوك الإنساني بصفته نتاجاً لشروط داخليـة وخارجية على السـواء .

هـ - فنيـات العـلاج من خـلال الضبـط الذاتى *Self Control*

عندما يقول سكينر " أن الشخص لا يؤثر فى العالم ولكن العالم هو الذى يؤثر فيه *(Skinner, 1953)* فإن نظرية التعلم الاجتماعي ترفض هذه الحتمية البيئية، وتتبنى بدلاً من ذلك حتمية قائمة على التبادل بين العالم والسلوك والشخصية بالشكل الآتي : -

الشخصية - البيئـة - السلوك

ويعني ذلك أن البيئة تؤثر فى تشكيل السلوك، والسلوك يؤثر فى البيئة والشخص يؤثر على كليهما ، ويتأثر بكليهما . ومعنى هذا أن التدعيم البيئي يساعد على تشكيل السلوك لكن السلوك لا يستجيب لأي تدعيم . فهو يوجـه البيئة إلى إظهار التدعيم الملائم ، والسلوك نفسه يتوجـه من خلال الشخصية بكاملها : قيمها وحاجتها فى اللحظـة ، ومعتقداتنا وأهدافنا من الموقف .

ولهـذا يتطلب النجـاح فى تعلم سلوك معين واكتسابه الاهتمام بثلاثة عناصـر رئيسية على النحو الآتي :

١ - **ملاحظـة الذات** *Self observation* بأن تجمع معلومات كافية عن الشروط التي يظهر فيها السلوك الذى تريد أن تتعلمه أو أن تتخلص منه ، سجل كل المظاهر والشروط السابقة لظهور السلوك والنتائج أو

الاستجابات البيئيــة التي يثيرها ظهور هذا السلوك ، أنك مثلاً تريد أن تتوقف عن التدخين ، أو الإسراف في الأكل أو الإسراف في لوم الذات فعليك إذن : أن تلاحظ نفسك جيداً عند ظهــور التصرفات الدالــة على ذلك وأن تسجل ما حدث قبلها ، أو بعدها : هل يجيء إسرافك في التدخين مثلاً في اللحظات التي تشعر فيها بالضيق ؟ أم في لحظات الاسترخاء ؟ والهدوء ؟ أم بمجرد مشاهدة الآخرين يدخنــون ؟ أم لمشــــهد علــــبة الســـجائر ؟ ومتى يزداد تدخينك ؟ هل وأنت بمفردك ؟ أم وأنت مع زملائك المدخنين ؟ كم سيجارة دخنت هذا اليوم ؟ هل يزداد تدخينك في الصباح أم في المساء ؟ هل وأنت لا تعمل شيئاً أم وأنت تندمج في عمل شيء معين ؟ .

إن ملاحظــة الذات عند أداء السلوك المراد تعلمه . (الإقلال من التدخين في المثال السابق) يساعد في حد ذاته ، وبذاته ، إلى إحداث تغيرات ملحوظــة فيما تبين بعض البحوث (*Kazdin 1975*) . فضلاً عن هذا فإن جمع المعلومات والشروط الملائمة لإحـــداث التغـــير ســـيزيد من قدرة الإنسان على معرفة الشروط المناسبة وبالتالي لتخطيط نحو تعلم أكثر فاعليـــة .

٢ - **تخطيط البيئة** *Environment planning* : يقصد بتخطيط البيئة التحكم في الشروط الخارجيـــة المحيطـــة بك وتكييفها بطريقة فعالة تساعد على تدعيم السلوك المراد تعلمه أو التوقف عن السلوك المراد التخلص منه ، ويتضمن هذا التخطيـــط :

أ - تجنب المواقف أو المنبهات التي يرتبط ظهورها بزيادة في السلوك الذي تريد التخلص منه .

ب - التحكم الإيجابي في بناء البيئة بحيث تجعـــل نمـــو الســـلوك المرغوب اكتسابه أمراً ممكنا . فمثلاً : إغلاق التليفـــزيون في أوقات

معـــينة ، والبقـــاء على الطاولة فى حجرة المكتب ، وعدم الاستجابة للمشتتات الاجتماعية بألا تفتح الباب للطارقين أو ألا ترد على الهاتف فى لحظات معينة ، كلها أساليب تتضمن تخطيطاً للبيئة يساعد الطالب على تخصيص ، وقت أطول لدراسته .

٣ - **تخطيط السـلوك** ***Behavior planning*** : فتدعيم أي بادرة لظهور السلوك المرغـــوب تســـاعد علـــى تقويتـــه واستمراره ، فإذا كنت قد قررت أن تنهى فصلاً كاملاً من أحد البرامج الدراسـية فى اليوم ، فإن عليك أن تكافئ نفسك فوراً عند نجاحك فى تحقيق ذلك . وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافئ نفسه بكوب من الشاي أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى السينما أو لقاء الأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطـة مكنتـه من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثـه أو دروسه المتعلقة .

وهناك فضلاً عن إثابة الذات *Self reward* عند ظهور السلوك المرغوب عقاب – الذات *Self punishment* عندما تفشل في إظهار السلوك المرغوب *(Kazdin, 1975)* ويأخذ عقاب – الذات أشـكالاً مختلفة منها أن تحرم نفسك من زيارة كنت ستقوم بها لأحد الأقارب أو أن تحرم نفسك من التدخين ثلاث ساعات، أو من وجبة طعام شهية نتيجـة لفشلك فى تنفيذ خططك السلوكية .

إن توظيف العناصر السابقة فى العلاج قد أدى إلى كثير من المكاسب ، وأحرز قوة واضحة فى السيطرة على كثير من جوانب المهارة فى اكتساب أشكال ملائمة من السلوك ، وفى التخلص من الاضطرابات والانحرافات المختلفة .

العلاج السلوكي وموقفه من العلاجات النفسية

تقييم وخلاصة

الجوانب الإيجابية :

تختلف الأساليب السلوكية فى العلاج عن الأساليب التقليدية الشائعة فى مدارس العلاج النفسي السابقة من حيث أنها تهتم بشكل الأعراض بصورتها الراهنة وكما يعاني منها الشخص . فالمعالج لا يبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة ، أو في العقبات البيئية والداخلية التي تعطل الإنسان عن النمو وتحقيق الذات ، ولا يعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة لمشكلة أعمق . إنه يعتقد أن علاج الخوف هو الهدف الرئيسي الذى يجب أن تتجه له مجهوداتنا العلاجية ، وبعلاج الخوف سيمكن بعد ذلك تغيير الشخصية وليس العكس . فالشخص بعد أن يتغلب على مشكلته الراهنة كالقلق أو الخوف أو الاكتئاب سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه : سيكتسب ثقة بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقية عن طبيعة أعراضه .. وبهذا استطاعت السلوكية أن تحرر العلاج النفسي من سيطرة النموذج الطبي الذى يرى الأعراض نتيجة لأمراض نفسيه داخلية ، وإننا ما لم نعالج المرض الكامن خلف الأعراض فإنه سيظهر فى شكل أعراض بديلة . ولم تقف السلوكية – بصدد هذه النقطة – عند مستوى مناقشة الخلاف بشكل نظري مجرد بل حاولت من خلال البحوث والدراسات المتعددة أن تثبت أن علاج الأعراض لا يؤدى بالضرورة إلى ظهورها فى شكل أعراض بديلة .

وكان من نتيجة هذا أن عكف علماء النفس السلوكي والعلاج السلوكي فى التفكير فى عدد كبير من الفنيات الخاصة التي تصلح للاستخدام فى علاج الأعراض أو المشكلات النوعية وخلقت لكل مشكلة فنية ملائمة لعلاجها .

وبهذا تنوعت أساليب العلاج ، وأصبح أمام المعالجين فرصة اختيار واسعة من الفنيات والأساليب العلاجية المتنوعة كالاسترخاء ، والتدريج ، والتنفير ، والتدعيم ، والعقلانية ، والضبط الذاتي ، واقتصاديات المنح ... إلخ.

وقد أدى الاعتماد على استخدام الفنيات في العلاج النفسي إلى تطورين رئيسيين أخريين من حيث دور المعالج .

فمن ناحية أصبح المعالج نشطاً ، أكثر نشاطاً من المعالجين في المدارس الأخرى - فلكي يستخدم فنية معينة أو يختار أسلوباً معيناً في العلاج فإن عليه أن يدرس بعناية طبيعة المشكلة والظروف المحيطة بها حتى يكون اختياره لأسلوب معين اختياراً ناجحاً وصائباً . ولهذا فإننا نجد أن المعالجين السلوكيين يستغرقون وقتاً أطول من غيرهم في جمع المعلومات الملائمة واستخدام الأدوات الموضوعية لذلك .

ومن ناحية أخرى ، فإن البدء في استخدام أسلوب معين من العلاج أو تطبيق فنية محددة قد أدى إلى أن تكون الجلسات العلاجية أكثر اتصالاً وارتباطاً وبالتالي يجد المعالج السلوكي نفسه أكثر اهتماماً بالتخطيط لكل جلسة قبل حدوثها فلم تعد جلسات العلاج متروكة للإبداع والتلقائية في كل جلسة ، بل أصبح عملية مخططة تحتاج لتخطيط مسبق وانتباه للتفاصيل . فكل شيء يجب التخطيط له بعناية ، ومراقبة تطوره بعناية ، وملاحظته بعناية لنعرف مدى التطور في العلاج والثغرات فيه وبالتالي استبدال فنية بفنية أخرى إذا ما لاحظ المعالج أن الأمور لا تسير كما ينبغي ويعتقد البعض (Phares 1979) أن هذه الخاصية التي يتميز بها المعالج السلوكي من نشاط وإيجابية قد تكون السبب الفعلي في نجاح العلاج السلوكي أكثر من أي فنية أخرى . لأن المعالج النشط - غير المعالج السلبي -

يوجـه ويشجع ويدعم ويبعث الحيوية ويقوي دوافع مرضاه للعلاج أكثر من المعـالج السلبي .

وبالرغم من تركيز المعالج السلوكي على استخدام الفنيات والبحث والاستقصاء ، فإن العلاج السلوكي يستغرق وقتاً أقصر . ويرى البعض أن التطور والانتقال من آراء "فرويد" في التحليل النفسي إلى الأسـاليب السـلوكية الحديثـة جـاء مواكباً لاشتعال الحرب العالمية الثانية . فقد وجد علماء النفس أنفسـهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقي بهم الحرب إلى الانهيارات العصبية المختلفة لقد أصبحت اتجاهات العلاج السلوكي بسبب تركيزها المباشر على استخدام فنيات خاصة لكل مشكلة خاصة أكثر فاعلية ونجاحاً فى خلق تغيرات سلوكية علاجيـة في أقصر وقت ممكن .

وثمـة تطـور آخر وهام أدى إليـه العلاج السلوكي فبسبب تركيزه على استخدام الفنيات ، ومبادئ التعلم ، وعلاج الأعراض فى وقت قصير وبتكاليف أقل ، بسبب ذلك زاد عدد المستفيدين منه . ولم يعـد العلاج النفسي قاصراً على الأغنياء والمتعلمين والأذكياء كما هو فى العلاجات النفسية التي تعتمد على التحليل النفسـي .

الآن ، أصـبح العلاج النفسي – بفضل مناهـج العلاج السـلوكي – متاحاً لكل الفئات المرضـية والاجتماعية حتى المرضى الذهانيين المزمنين الذين كان يظـن أنهم حالات ميئوس منها ، قد أصـبحوا بفضل مناهـج التدعيم واقتصـاديات المنـح أكثر انضباطاً واندفاعاً نحو التغـير الإيجابي ، وأصبحوا بالتالي أكثر توافقاً . والمتخلفون عقلياً أصبحوا أيضاً بفضل مناهج التعلم الفعال أكثر قدرة على التوافق وتنمية بعض المهارات العقلية والاجتماعية . صحيح أنهم لا يتحولون لعاديين ، ولكن من المؤكـد أن هناك تحسـناً ، وفاعليـة أكثر من الاعتمـاد على المناهـج العلاجيـة النفسية والبيولوجيـة السـابقة على ظهـور العلاج السلوكي . ومن المؤكـد أيضاً

أن الفئات الاجتماعية الفقيرة قد استطاعت أن تستفيد ببعض فنيات العلاج السلوكي لعلاج المشكلات العصابية التي تصيبهم - كما تصيب الفئات الفنيــة - وذلك مثل القلق والخوف المرضي وذلك لأن العلاج النفسي أصبح لا يحتاج إلى نشاط لفظي وتعليم وذكاء من قبل المريض ، بل أصبح يركز على اكتساب مهارات ، وتعلم أســاليب من التوافق يمكن أن تستوعبها كل الفئات الاجتماعية والثقافية المختلفــة .

ومن الناحيــة التعليمية - الأكاديمية ، فإن التطور بمناهج العلاج السلوكي قد أدى إلى إمكانيات واسعة في تخريج كثير من المتخصصين في العلاج النفسي . فقد أصبحت إمكانيات التدريب ممكنة ، وأصبحت قواعد العلاج محددة ومنهجيــة ، وأصبحت فنيات العلاج قابلة للاكتساب ، ومن ثم تعــدد المســـــتفيدون من هذه المهنة و لم تعد قاصرة على الطبيب بل أمكن الآن تدريب كثير من الفئات المهنية كالخدمة الاجتماعيــة والتمريض ، وعلم النفس على استخدام فنيات العلاج السلوكي . ولو أن هذه النقطــة ذاتها قد أدت ضمن نقاط أخرى إلى النظر بحذر لمناهج العلاج السلوكي كما سنرى فيما يلي :

بعض جوانب النقـد

يعتقــد البعض أن الاتجــاه الســلوكي بشــكله القائم على المنبه - الاستجابة - التدعيم قد سلب النظريات العلمية كثيراً من العوامل التي تجعلها ذات قيمة فى فهم الأمراض وعلاجها . وقد دفــع هذا البعض إلى القول بأن من الصحيح أن العلاج السلوكي قد يكون أسلوباً ناجحاً لعلاج المشكلات التي تعتمد على تكونها وتطورها على نموذج المنبه والاستجابة وذلك مثل المخاوف المرضية والاضطرابات التي لها مصدر خارجي ، لكن يعتبر طريقة غير مناسبة لعلاج حالات الاكتئاب ، والقلق الوجودي ، والاغتراب ، وحاجة الإنسان إلى تحقيق الذات وغير ذلك من اضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة فى العالم الخارجي . والحقيقة أن هذا النقد يرفضه المعالجــون

السلوكيون فى ظل التطورات الراهنة – والتى عرضنا لبعضها – التي يتجه لها نشاط المعالجين اعتماداً على تطور بعض الاتجاهات السلوكية الجديدة التي تراعى دور هذه العوامل الداخلية – المعرفية فى اكتساب السلوك .

وقد عيب على العلاج السلوكي بأنه ضيق ، ومتحيز في نظرته للسلوك المرضي وقد جاء ذلك النقد بسبب إصرار بعض المعالجين السلوكيين على أن كل جوانب السلوك المرضي تخضع فقط لقوانين التعلم (*Kalish, 1965)* ، وأن مبادئ التعلم لا تشتق إلا من التجارب المعملية والتي تعتبر – لهذا – المنهج الوحيد المقبول لتعديل السلوك . والحقيقة أن ممارسي العلاج السلوكي لا يتفقون بالإجماع على ذلك . فمثلاً يشير ولبي (*Wolpe, 1970)* بوضوح إلى أن العصاب والذهان اضطرابان سلوكيان أسبابهما منفصلة ومتباعدة تماماً . ويشير البعض (*Hagen, 1975)* إلى احتمال وجود أسباب فسيولوجية غير مكتسبة في بعض حالات الذهان لكنهم يقترحون أن القصور الفسيولوجي يؤدى إلى استجابات معرفية ووجدانية وأن هذه الاستجابات يمكن اكتسابها أو إزالتها وفق قوانين التعلم .

ويعيب البعض الآخر (عن : *Hagen, 1975*) ، على العلاج السلوكي أنه يستبعد المناهج الأخرى من العلاج . والحقيقة أن هذا أيضاً نقد غير صحيح . فالكثير من المعالجين السلوكيين (*Lazarus, 1971, Ellis, 1977)* . يستخدمون مناهج متنوعة . كما أن منهم من يقترح استخدام أساليب العلاج السلوكي مع أنواع العلاج الفسيولوجي الأخرى كالعقاقير الطبية ، والجلسات الكهربائية ، مع العلاج البيئي . وهذا يشير بوضوح إلى أن العلاج السلوكي لا يستبعد استخدام المناهج الأخرى التي تثبت فاعليتها . وبالرغم من أننا نجد أن بعض المتحمسين لمنهج سلوكي معين يهاجمون الأساليب الأخرى ويشككون فى قيمتها إلا أن نظرة على ما يحدث حالياً من تطور تدلنا على أن هذا الشكل المتحمس قد تضاءل إلى حد بعيد ،

وحلت محله نظرة تؤمـن بفاعلية المنهج المستخدم أكثر من التحـيز للإيديولوجية النظرية للمعالج .

ولأن العلاج السلوكي يركز على استخدام الأسـاليب الفنية وتطويرها فقد عيب أيضاً على المعالج السلوكي بأنه إنسان آلي وميكانيكي فى اختياره لما يناسب مرضاه من أساليب علاجية يطبقها عليهم بشكل بارد وتحكمي . ومن يمارس العلاج السلوكي يعرف في الحقيقة أن هذا غير صحيح ، فالعلاج السلوكي يتضمن تفاعلات لفظيه مع المرضى ، ومحاولات جادة ومتفهمة لفهم المريض وأعراضه ، وتخطيط للحصول على تعاون المريض ودوافعه مما يشير إلى خطأ الاستنتاج بأن المعالج السلوكي لا يولي اهتمامـه للمهارات الإكلينيكيـة القائمة على الحساسية والتفهم لعواطف البشر ومعاناتهـم .

وثمة ما يدفعنا إلى الشك فى أن غالبية الانتقادات التي توجـه للعلاج السلوكي توجه للمراحل المبكرة منه والتي استلهمت نظريات التعلم الأولى لبافلوف وسكينر والتى اقتصرت فى نظرتها للسلوك المرضي على أنه نتـاج لعوامل خارجيـة مبسطة . والحقيقـة أن المعالج السلوكي الحديث بالرغم من اعتماده على كثير من نظريات التعلم المبكرة لا ينظر للمرض النفسي نظرة تجـرده من طبيعتـه المعقـدة والمركبـة . بل يراه نتاجـاً لكثير من المتغيرات ، وتكون محاولاته العلاجيـة متجهـة نحو تعديل هذه المتغيرات بأي طريقـة ملائمـة . وقد دعى (إبراهيم ، ١٩٨١) إلى ضرورة أن تكون نظرتنا للاضطراب النفسي نظرة تراعي أنه يصيب الكثير من الوظائف الشخصية الأخرى بالاضطراب ، وأن العلاج السلوكي لهذا يجب أن يتجـه إلى تعديل وعلاج كل هذه الجوانب معاً . ومن ثم فإن كان الاضطراب النفسي يصيب بالاختلال الوظائف الوجدانية والسلوكية الظاهرة وأسـاليب التفكير ، وأساليب التفاعل الاجتماعي ، فإن من الضروري أن يتم علاج هذه الجوانب . فعلاج فرد يشكو من الاكتئاب ، أو العجز عن ضبط انفعالاته، أو القلق يمكن أن يتم بأن نعلمـه أسـاليب جـديدة من السلوك ، كما يمكن

أن نعلمه طرقاً جديدة من التفكير وحل المشكلات ، أو أن نساعده على اكتساب بعض المهارات الاجتماعية والأساليب الفعالة من التفاعل بالآخرين .

بعبارة أخرى ، إذا كان الاضطراب النفسي يشمل وظائف الشخصية المختلفة ، فإن العلاج الناجح يجب أيضاً أن يتجه إلى التغيير وبشتى الوسائل الفنية الممكنة من مصاحبات الاضطراب فى كل هذه الوظائف مجتمعة . فالشخص الذى يعاني من القلق الشديد والذى يظهر قلقه خلال تفاعله بالآخرين ، وفي طريقة تفكيره عن نفسه وعن العالم ، وفى ازدياد وظائفه الاستثارية الفسيولوجية ، يمكن أن يتم علاجه بنجاح من خلال استخدام وسائل فعاله للتغيير فى كل هذه الجوانب : فمن الممكن استخدام العقاقير وأساليب الاسترخاء للتخلص من الآثار الفسيولوجية والاستثارة الانفعالية الشديدة ، ومن الممكن تعليمه أساليب جديدة من السلوك ، أو أن يتخلص من الأساليب السلوكية اللاتوافقية من خلال التدعيم أو التنفير ، كما يمكن أن نعلمه ألا يفكر فى نفسه تفكير سلبياً وأن يتجنب التفكير اللاعقلاني فى البيئة والآخرين من خلال العلاج المعرفي ، كما يمكن أيضاً أن نعلمه طرقاً جديدة فى تبادل الأحاديث مع الآخرين ، واختلاق طرق تساعده على تجنب الإحباط عند التفاعل الاجتماعي من خلال مناهج التعلم الاجتماعي كالقدوة وتدريب التوكيدية ... وهكذا. ومن المؤكد أن هذا المنهج السلوكي ، وعلى تجنب كثير من المزالق المنهجية والتلفيقية التي قد تتجه لها المناهج السلوكية نتيجة للضغوط الواقعة عليها من مدارس العلاج النفسي الأخرى .

الخلاصـــــة

بدأ الاتجـاه السـلوكي في العلاج مرتبطاً بمحاولات العالم الأمريكي (واطسـون) لتفسير اكتساب الاضطرابات والمخاوف المرضية وفق مبادئ التعلم الشرطي التي صاغها بافلوف . ولهذا عـرّف الكثيرون العلاج السلوكي عند ظهـوره بأنه تطبيق فعـال لمبادئ التعلم في ميدان العلاج النفسي واكتساب السلوك الصحي . لكن تطـورات كثيرة حدثت أدت إلى توسيع آفاق النظر إلى العلاج السلوكي بصفته تطبيق لمبادئ التعلم وعلم النفس الأكاديمي بشكل عام لتحقيق تعديل صحي لأنماط السلوك المرضي بمختلف أنواعها .

ويشـتق العلاج السلوكي مبادئه النظرية الرئيسية من تيارات نظرية رئيسية من أهمها نظرية التعلم الشرطي ، والتعلم الفعـال ، والتعلم الاجتماعي والتعلم المعرفي . ويعتبر الاعتماد على التعلم المعرفي بشكل خاص مرحلة انتقال هامـة بمناهج العلاج السلوكي بحيث أصبح الآن يهتم بالحوادث الخارجيـة التي تثير الاضطراب فضلاً عن العوامل الداخلية كاتجاهات الشخص، وإدراكه وسمات شخصيته .

وقد ساعد نشاط المعالجين السلوكيين على تطوير كثير من الفنيات العلاجية الفعالة والتي أثبتت صحتها في علاج الكثير من الاضطرابات وقد عرضنا للفنيات الرئيسية التي تسود الآن بين المعالجين السلوكيين ومن أهمها : التطمين التدريجى المنظم ، الاسترخاء العضلى ، التوكيدية أساليب التنفير ، استخدام التدعيم ، الاقتصاد المنحي ، القدوة ، والعقلانية ، وأسـاليب الضبط الذاتى .

ونظـرة إلى مناهـج العلاج السلوكي اليوم تبين أن تطور هذه المناهج وظهورها قد أديا إلى كثير من النتائج الإيجابية . فبظهـور العلاج السلوكي أصبح التخلي عن النموذج الطبي الذى يرى المشكلة نتيجـة وعرضاً ثانوياً لمشكلات أخرى أعمق ، أصبح التخلي عن هذا النموذج ممكناً وبأقل قدر من المجازفـة . وقد أدى تركيز المعالجين السلوكيين على علاج الأعراض بصفتها المستقلة إلى اهتمام بالفنيات العلاجيـة . وبفضل الاهتمام بالفنيات العلاجية تراكم عدد كبير وفعال منها بحيث أصبح المعالج السلوكي الآن قادراً على اختيار ما يناسب منها لعلاج مشكلة معينة . فضلاً عن هذا فقد أدى الاهتمام بالفنيات وتطبيقها إلى أن يندفع المعالج السلوكي إلى ممارسة دور نشط وفعال في العلاج يعتقد أنه هو السبب الفعلى فيما يحدث من تغيرات علاجيـة .

فضلاً عن هذا فإن العلاج السلوكي يستغرق وقتاً أقل ويكلف تكاليف أقل مما جعل منه وسيلة ملائمـة لنجـاح كثير من المشكلات لا بين العصابيين والأغنياء ومن يملكون تكاليف العلاج فقط ، بل حتى بين المستويات الاقتصادية المنخفضة والذهانيين ، والمتخلفين عقلياً . وقد أدى نمو المناهج السلوكية إلى تيسير تدريب الكثير من المعالجين على الممارسة الإكلينيكيـة مما دفع بحركة العلاج . من الناحية التعليمية - دفعات هائلة . ومع ذلك فإن هناك من يأخذ على العلاج السلوكي أنه منهج آلي يعمد إلى تطبيق نظريات المنبه والاستجابة بشكل ميكانيكي وبشكل أدى إلى أن يفقد الكثير من المعالجين القدرة والمهارة الإكلينيكيـة . ويأخـذون عليه أيضاً بأنه متحيز ضد المناهـج العلاجية الأخرى لكن غالبية الانتقـادات التي توجـه للعلاج السلوكي توجـه للمراحل المبكرة منه والتي استلهمت نظريات التعلم الكلاسـيكي والتي اقتصرت في نظرتها للسلوك المرضـي على أنه نتاج لعوامل خارجية مبسطة . أما الآن فإن نظرة المعالج السلوكى للسلوك المرضى أصبحت تراعى كثيراً من المتغيرات الداخلية والخارجيـة مما جعله أكثر قدرة على مواجهـة كثير من التحديات .

الفصل الثامن

العلاج النفسي بين جماعات صغيرة من المرضى

هناك الكثير من الجماعات التي تلتقى بتخطيط من المعالج أو الطبيب النفسي تحت عشرات الظروف ، ومختلف الأهداف وقد لانجد ما يجمع بينها إلا شيء واحد فقط هو أنها جميعاً تتكون من أفراد يلتقون أو يتواجدون بهدف تحقيق بعض التغير والتطور أو التحسن فى سلوك كل منهم أو شخصيته .

ونحتاج للإلمام بالفوائد التي نجنيها من الجماعة فى عملية العلاج النفسي أن ننظر إلى طائفتين كبيرتين من العلاج الجمعي تتضمن كل طائفة منها أشكالاً فرعية من العلاج ... ومفاهيم مستقلة تنفذ من خلالها أهدافها العلاجية وهما :

أ - العلاج الجمعى فى جماعة صغيرة .
ب - العلاج الجمعي فى جماعات كبيرة :
ويتمثل فى الادارة العلاجية العامة لمؤسسات أو عنابر بكاملها وذلك كما فى أسلوب اقتصاديات العطاء *Token economy* ، وسيكون هدفنا فى الصفحات التالية التركيز على أول هذين النوعين من العلاج بهدف الإلمام بقواعده واكتساب الخبره بالتنظيم الإكلينيكي له . ومناهج تنفيذه ، وسيركز الفصل الذى سيليه على النوع الثانى .

العلاج من خلال التفاعل بجماعة صغيرة
(العلاج الجمعى)

تعتبر العلاجات الفردية ، أى العلاجات التي يواجه فيها المريض بمفرده معالجة النفسي ، أحد الأشكال الهامة من العلاج النفسي ، ولكنها ليست الشكل الوحيد من العلاج .. فهناك حالات نفسية تلعب فيها العوامل الاجتماعية والأخطاء فى عمليات التفاعل بالآخرين دوراً حاسماً فى نمو الأعراض المرضية وتطورها . وفي هذه الحالات يكون العلاج فعالاً إذا تم فى مواقف اجتماعية منضبطة وليس فى المواقف الفردية وحدها.

ولكى نزيد الأمر وضوحاً يجب أن نشير إلى أن الكثير من المشكلات النفسية تكون نابعة ، أو مرتبطة بقوة بأخطاء فى التفاعل الاجتماعي . ويكون محك النجاح فى العلاج هو القدرة على التفاعل بالآخرين وتنمية المهارات التفاعلية :

- فالمريض الذى يجنح للسلبية والانزواء ، عادة ما يكون مفتقداً للمهارات الاجتماعية التي تمكنه من تنمية روابط وثيقة مشبعة بالآخرين .
- والمريض الذى يعانى من الاكتئاب ومشاعر الوحدة الحادة ، قد يكون من أحد أسباب اكتئابه هو الفشل الدائم الذى يلقاه من الآخرين عند الاحتكاك بهم والتفاعل معهم .
- والسيدة التي تشكو من إهمال زوجها وأبنائها لها ، قد تكون شكواها نتاجاً لفشلها في البحث عن وسائل تشبع وترضى الآخرين (الزوج والأبناء) عند التفاعل وعند بدء الحوار معهم .
- والموظف الذى يشكو من غبن رئيسه له في العمل ، وتجاهل الزملاء له وعدم التقدير لأفعاله ومنجزاته قد يكون نتاجاً شخصياً لفشله فى تطوير بعض المهارات الاجتماعية عند التفاعل بالزملاء فى المواقف الاجتماعية المختلفة .

- وهكذا ، قد نعـد عشرات الحالات التي يلعب فيها العامل الاجتماعى ، والأخطاء التي يرتكبها الشخص أثناء تفاعلـه بالآخرين ، الدور الرئيسي في إثارة الاضطراب والمتاعب التي تدفع بالآخرين إلى طلب العلاج النفسى .

فضلاً عن هذا فإن عملية العلاج ذاتها قد لاتكون فعالـة على الإطلاق ما لم يمارس الشخص التغيرات التي يريد أن ينميها فى سلوكه من خلال الجماعـة . فقد يعجـز المعالج من خلال التوجيـه الشخصي وحده أن يعلم المريض القدرة على تأكيد الذات عند التفاعل بالآخرين كمطلب علاجـي ، لكنه قد ينجـح فى ذلك بسهولة إذا سمح لمريضه أن يمارس أسـاليب تأكيـد الذات في جماعة صغيرة تتبادل الحوار والتشـجيع والتوجيه . قس على ذلك الكثير من المهارات والقدرات التي يريد المعالج أن ينميها لدى المريض خلال تفاعلاته بنماذج السلطة ، أو أفراد الأسرة، أو زملاء العمـل ، أو أفراد من الجنس الآخر .. كلها أو أغلبها فى واقـع الأمر تحتـاج لمواقف اجتماعية تمارس فيها ، قبل ممارستها فى مواقف فعلية حيـة .

فما هو العلاج النفسي - الجمعي .... إذن ؟

لايختلف مفهـوم العلاج النفسى - الجمعي عن مفهوم العلاج النفسي بشكل عام إلا أنه يتم فى جماعة كبيرة أو صغيرة يقودها معالج أو أكثر . وإذا كان الهدف من العلاج النفسي هو العمل على تغـيير سـلوك المريض ، وتعـديل نظرته إلى الحياة وإلى نفسـه ، فإن العلاج الجمعى يهدف إلى نفس الغاية ، ولكن من خلال وضع المريض مع عدد آخر من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم . وبهذا يمكن أن نعرف العلاج الجمعي بأنه محاولة للتغيير من السلوك المضطرب للمرضى والتعديل من نظرتهم الخاطئـة للحياة ولمشكلاتهم ... من خلال وضعهم فى جماعـة ... بحيث يعمل التفاعل الذى يتم بينهم من جهـة وبينهـم وبين المعالج من جهـة أخرى إلى تحقيق الأهـداف العلاجيـة .

وإذا كان التعريف السابق ينطبق على كثير من أنواع العلاج الجمعي ، فإنه توجد أنواع كثيرة من العلاج الجمعى تتعدد بتعدد النظريات النفسية والسلوكية .. لكل منها منهجها الخاص ، وأصولها النظرية ، وأهدافها النوعية .. وطرقها المستخدمة فى تنظيم تفاعل الجماعة وحركتها :

فهناك السيكودراما *Psychodrama* وهي منهج من العلاج الجمعى اصطنعــه "مورينو" *(Morenoe, 1946)* ويعتمد فيما يوحي اسمه على ممارسة الأدوار وتمثيلها فى داخل الجماعة من خلال تشـــجيع المرضى على ممارسة بعض الأدوار الهامة (كدور الأب ، أو الابن) بحيث يستطيع المريض أن يكشف مشكلاته الشخصية ، وأخطاءه فى عمليات تفاعلــه بالآخرين .

وهنــاك ما يسمى بالمجتمع العلاجــي *Therapeutic group* وهو المنهج الذى يستمد أصوله النظرية من دراسات علم النفس الاجتماعي وبحوثه ويركز على علاج الفرد من خلال وضعه في جماعة تعمل على تشجيعه ودفعه ، دفعاً إلى القيام الناجح بأداء الأدوار الاجتماعية الهامة فى حياته . ويعتبر ماكسويل جونز *Maxwell Jones* من أكثر الممثلين لهذا التيار ، ومن المساهمين الرئيسيين فى بلورته *(Jones, 1968)* .

ونما حديثاً شكل آخر من أشكال الجماعات العلاجيــة يسمى باسم جماعــات المواجهـــة *Encounter groups* أو جماعات تدريب الحساسية . ويجمع بين هذه الجماعات على اختلاف مسمياتها هدف واحد هو : التطور الشخصي والنفسي بالمريض من خلال الجماعة التي يعتبر كل فرد فيها بصراحة وأمانة عن مشاعره نحو الآخرين فى داخل الجماعة أو خارجهــا .

وإن بدا على كل الأشكال السابقة من العلاج الجمعي أنها تطبق فقط فى حالات المرضى العقليين والنفسيين ، فإن هذا غير صحيح . لأن كثيراً من أشكال العلاج السابق تطبق أيضاً فى مجالات غير مرضية أى فى المؤسسات الإدارية والمنظمــات الاجتماعية ، ومع المشرفين والمدراء داخل تلك

المؤسسات .. وذلك بهدف التطور بأمكانياتهم على التعاون والعمل معاً ، والتفاعل الصحي . وتعتبر جماعات التدريب (جماعات " ت " (T.Groups) من أهم الجماعات الممثلة التي تستفيد من الأساليب الجماعية المستخدمة في كل الأنواع السابقة مع محاولتها تطويعها للمجالات الإدارية والتنظيمية (Sundberg et. a. 1973)

ولعلنا نلاحظ أن هناك خاصية عامة تجمع بين كل الأشكال السابقة وهي أنها تحاول أن تعلم المريض أو الفرد في داخل الجماعة شيئاً يحسن من أساليبه في التفاعل والتكيف ، أو تحسن من أفكاره عن مرضه أو نفسه أو الآخرين أو عن مشاعره التي ساهمت في إحداث المشكلات التي تطلبت الالتجاء للأخصائيين في العلاج الجمعي .

ولهذا فلم يتأخر الوقت طويلاً بالمعالجين حتى تبينوا أن نظرية التعلم والنظريات السلوكية التي بنيت عليها تستطيع أن تمدهم بأسس نظرية وتطبيقية قادرة على أن تثرى مناهج العلاج النفسي الجمعي ... ويعتبر العلاج السلوكي الجمعي من أحدث التطورات المعاصرة التي تستخدم الجماعة كأداة لضبط سلوك أفرادها أو توجيهه وجهات إيجابية وفعالة . وفي هذا المنهج عادة ما يتجه المعالج السلوكي مستعيناً بقوة تأثير الجماعة وتشجيعها – إلى تمكين الفرد من توليد أشكال سلوكية تكيفية جديدة لكي يمارسها في مواقف كانت تثير من قبل الضيق والإحساس بالنقص وعدم الكفاءة . وفي هذا النوع الحديث من العلاج يتعلم الفرد أيضاً كيف يميز بين مختلف المواقف الاجتماعية وما يتطلبه كل منها من أنماط سلوكية ملائمة .

ونحن نعرف أن هذا المنهج السلوكي من العلاج قد تطور تطوراً ملحوظاً في السنوات الأخيرة خاصة على مستوى العلاج الفردي ، وبدأت الآن مجهودات لتعميم نفس المبادئ إلى مواقف جمعية من العلاج ، وأصبح من المتفق عليه اليوم ... أن العلاج النفسي لايجب أن يتم في المواقف الفردية

وحدها . فهناك الكثير من المزايا التى يمكن أن نجنيها إذا ما تم العلاج فى مواقف جماعية فضلاً عن المواقف الفرديــة .

وقد يصعب تحديد أو حصر المزايا التى نجنيها من العلاج الجمعى ، إلا أن هنـاك مزايا عريضــة لايمكن تجاهلهـا .. ونذكر منها على سبيل المثال :

١ – الجماعة تعطي الفرد فرصة لتعلم كثير من جوانب السلوك وممارستها من خلال استجاباته الدائمــة لمتطلبات الجماعة . فمثلاً قد يتعلم الفرد – ربما لأول مرة فى حياته – القدرة على القيادة وتوجيه الآخرين من خلال النصائح التى يوجهها للأعضاء أو للمرضى الآخرين . وهذا يؤدى إلى أن يطبع شخصيته بسمات جديدة ، وإيجابيــة من السلوك تساعده على مزيد من الفاعلية وتحقيق الإشباع .

٢ – فى مواقف العلاج الجمعي عادة ما تتكون داخل الجماعة معايير معينة يفرضها التفاعل الدائم بين أفرادها . وهذا يساعد الجماعــة على وضع ضوابط وقيود على بعض الأنواع غير المرغوبة من السلوك التى قد تصدر عن الفرد . ونقصد بالمعايير هنا جوانب الاتفاق الصحي (غير الرسمى) بين أفراد الجماعة على الأشكال المرغوبة من السلوك والأشكال غير المرغوبة . ويستطيع المعالج إذا استخدم هذه المعايير بذكاء ، وإذا أبرزها للأعضاء أن يستغلها كأداة علاجية جيدة . ومن الأمثلة على ذلك أنه يمكن أن يفرض على الأفراد – بالاستفادة بمعايير الجماعة – بعض الجوانب السلوكية الجيدة: مثل الحضور بانتظام فى المواعيد المحددة ، تدعيم الزملاء لبعض الجوانب السلوكية المرغوبــة التي تكون قد بدأت تظهر لدى الفرد ، تحليل المشكلات التى تعترض بعض الأفراد بطريقة منظمة منسقة من خلال الاستفادة بآراء الجماعــة .

٣ – يمكن للمعالج أيضاً أن يعمل على تغــيير المعايير الخاطئــة التى قد تنتشر فى الجماعة كالميل للتهجــم والنقد غير المنطقى ، والتكاسل عن القيام ببعض الواجبات العلاجيــة المقترحة على بعض الأفراد ومن خلال

عملية التصحيح هذه يساعد المعالج الفرد والجماعة كليهما على تحقيق الأهــداف العلاجيــة بالعمل على تشجيع التماســك بين أفراد الجماعــة وأنماط الاتصال بينهــم . وهذا يمكن الفرد من تكوين صداقات جديدة . والحصول على دعــم معنوي وســند نفسي قوي من الجماعــة يساعده على مواجهــة احباطــات الحياة .

٤ – يتلقى الفرد من خلال تفاعلــه بالجماعــة وباســتمرار عائداً منهم يتمثل فى ردود فعلهم واستجاباتهم المؤيــدة أو المعارضــة لما يصــدر عنه من ســلوك . وبهــذا يستطيع الفرد من خلال هذا العائد الأمــين أن يقــيم نفســه وما يصدر عنه ، وأن يكون قادراً بالتالي على تصحيح التصرفات الخاطئــة التى قد تؤدى إلى إزعاج الآخرين وضيقهم أو أن يدعــم ويقوى فى نفسه التصرفات التى قد تجعلــه على العكس مقبولاً وجذاباً من الآخرين . *(Lazarus, 1966)*

٥ – تستخدم بعض الجماعات أسلوب لعب الأدوار *(Moreno, 1959)* وهو يعتمد فيما يوحي اسمه على التمثيل والمرونة فى استخدام الأدوار كوسيلة من وسائل اكتشاف المشكلات الشخصية ، ويمكن من خلال هذا الأسلوب القيام بعدد آخر من الوظائف مثل مساعدة القادة الإداريين ، أو المعلمين في المدارس على اكتشاف أنماط تفاعلهم بالطلاب أو المرؤوسين بغرض تحسين أدائهم الإداري أو التعليمي ، والاستبصار بالعيوب والمزايا .

٦ – من الممكن أيضاً استخدام الجماعة لتدريب الفرد فى داخلها على القيام بأداء بعض الأدوار الاجتماعية (دور زوج ، أب ، رئيس ، طالب وظيفــة .... الخ) ومن خلال تشجيع الجماعة وتقبلها للفرد ، يدفع الفرد دفعاً إلى القيام بكل متطلبات هذه الأدوار التكيفية الجــديدة بنجاح . ويعتبر منهــج المجتمع العلاجى الذى دعا له ماكسويل جونز *(Jones, 1968)* تمثيلاً جيداً لهذه الوظيفة العلاجيــة الهامــة للجماعــة .

٧ - واستخدام الجماعة لايقتصر على الوظائف العلاجيــة السابقة ، فمن الممكن استخدام الجماعة كوسيلة لتدريب العاملين فى المؤسسات والمنظمات الاجتماعية والمشرفين على التعاون والتطور بإمكانياتهم على التفاعل والعمل . ولهذا منهج معروف من مناهج العلاج الجمعي هو جماعات التدريب أو جماعات " ت " *T. Groups* (حيث *T* تعــنى *Training* وهذا المنهــج يسمى أحياناً باسم أسلوب تطوير المنظمــات الاجتماعية. *(Sundberg et. al. 1973)*

٨ -يستخدم بعض المعالجين النفسيين من أمثال روجرز *(Rogers, 1970)* منهج جماعات المواجهــة *Counter groups* لتدريب الفرد من خلال مواجهة الجماعة على تطوير إمكانياته الشخصية وتدريب حساسيته عند التفاعل بالضغوط الاجتماعية والجماعات . ويلجأ لهذا النوع من العلاج الأشخاص الذين لاينتمون بالضرورة للمرضى النفسيين والعقليين . ويقرر الأفراد الذين تعرضوا لخبرات علاجية من هذا النوع بأنهم ينتمون إلى " فهم أفضل للآخرين " وإلى " طرح الزيف " و " الثقة بالناس " و " مواجهــة الذات على حقيقتها " إلى غير ذلك من عبارات لاتدل على علاج من مرض أو مرض نفســـي أو عقلـــي محــدد . لكن منهج جماعات المواجهة يعتبر من أكثر أنواع العلاج الجمعي إثارة للجــدل على الإطلاق بسبب منهجه القائم على إثارة الضغوط الاجتماعية على الفرد ومواجهته من قبل الجماعة وما يتبــع ذلك أحياناً من إحباطات .

وللعلاج الجمعى فضلاً عن هذا مزايا أخرى منها قلة التكلفة المادية والبشرية ففي جلسة واحدة يستطيع معالج واحد أن يرى مايقرب من ٧ – ١٠ أشخاص ، قد يتوصل بهم جميعاً إلى نتائج إيجابية تماثل نتائج العلاج الفردى .

التخطيط لبرنامج من العلاج الجمعي فى جماعة صغيرة :

ما ذكرناه حتى الآن عن وظائف العلاج الجمعي يمثل أهدافاً عامة تختلف عن الأهداف النوعية أو السلوكية التى نجنيها من برنامج العلاج الجمعي . فما من برنامج للعلاج الجمعي ألا ويجب أن تكون له أهداف خاصة هى التى تحدد التخطيط المسبق له، والتوقعات المختلفة لدى المعالج والمرضى .

فما هى الأهداف الخاصة للعلاج الجمعي ؟ لعل أبسط تصوير لهذه الأهداف الخاصة الإعلان الآتى الذى نشره معالجان نفسيان فى احدى العيادات النفسية بالولايات المتحدة .

" ستقوم العيادة النفسية بتنظيم لقاءات مع " جماعات لتنمية المهارات الاجتماعية " وتدريبها وذلك كل يوم ثلاثاء من الساعة ٨ - ١٠ مساءاً لمدة عشرة أسابيع . ولن يزيد " عدد الأفراد فى هذه الجماعة عن ثمانية أشخاص وسيكون الهدف من هذه اللقاءات الجماعية مساعدة الفرد على :

" ١ - الحديث والإيجابية فى داخل الجماعة " .

" ٢ - السهولة فى تكوين صداقات وزمالات نافعة " .

" ٣ - الاستمتاع باللقاءات الجماعية " .

" ٤ - تعلم الرفض عندما يجب ذلك " .

" ٥ - التعبير عن المشاعر بصدق وأمانة " .

" ٦ - التحكم في مختلف الضغوط التى يمكن أن تثار عند التفاعل بالآخرين " .

تتمثل فى هذا الإعلان السابق صورة دقيقة عن بعض الأهداف التى يحققها العلاج الجمعى وتعتبر الخطة العلاجية التى يرسمها المعالج مسبقاً لجلسات العلاج الجمعى تحقيقاً لهذه الأهداف .

ولكى يمكن للمعالج الجمعي أن ينفذ خطتــه بنجاح يجب عليه مسبقاً أن يهتم بعدد من التفاصيل الضرورية والتى منها :

ماهو الحجم الأمثل للجماعــة العلاجيــة ؟
وكم مرة يجب أن تلتقي الجماعة وتعقــد الجلســات ؟
وما مدى ما تســتغرقه كل جلســة منها ؟
هل يجب أن تكون مشــكلات أفراد الجماعــة متماثلــة ؟
أم من الأفضل ألاتكون المشكلات بالضرورة متشــابهة ؟
هل يكفي معــالج نفســي جمعــي واحــد ؟
وما هو نمــط الجماعــة ؟
وأين يجب أن تعقــد الجلسات ؟ وما خصائص المكان الذى يجب أن يتم فيه اللقاء ؟
وكيف يمكن معالجة القيود أو المشكلات الإدارية ؟

هذه طائفــة من الأسئلة يجد كل معالج نفسي نفسه مضطراً للإجابة عنها ومحاولة التعرف على حلولها قبل الدخول فيها . ويحتاج المعالج المبتدئ إلى الاطــلاع المكثف على محاولات المعالجين من قبله وعلى البحوث المتراكمــة فى هذا الموضوع هذا بالرغم من أنه ليس من السهل دائماً أن يجد الباحث المبتدئ البحوث التى تعطيــه إجابات حاسمة وفعالة عن كل ســؤال من الأسئلة السابقة لندرتها ، ولقلة ما يكتب فى هذه الموضوعات .

وبالرغم من ندرة البحوث التى تعين بحسم على تقديم إجابات مثاليــة ، فإن ما سنذكره فيما يلي من اقتراحات يعتمد على العدد القليل المتوافر منها ، وعلى ما تقدمه خبرتنا الإكلينيكيــة فى هذا الميدان ، فضلاً عما تقدمــه لنا نظرية التعلم من إجابات عندما تعجــز الخــبرة ويندر البحث النفســى .

(١) حجم الجماعة :

أ - يتوقف عدد أفراد الجماعة العلاجية على عدد من الاعتبارات منها : حنكة المعالج ! وكفاءته فى قيادة الجماعة وخبرته ، ونعتقد أنه كلما زادت خبرة المعالج واطمئنانه لمهارته وقدرته القيادية كلما كان بالإمكان زيادة حجم الجماعة العلاجية ، والعكس صحيح أيضاً . وننصح أن يتراوح عدد أفراد الجماعة من ٥ : ٦ أفراد بالنسبة للمعالج المستجد .. وأن يزداد هذا العدد حتى يصل إلى مايقرب من عشرة أفراد بالنسبة للمعالج الخبير لأن من السهل على المعالج الخبير أن يتابع أفراد الجماعة ويدمجهم جميعاً فى جو الجماعة وتفاعلاتها . وهو ما يجده المعالج قليل الخبرة أمراً صعباً .

ب - ويتوقف حجم الجماعة أيضاً على مدى تعقد الإجراءات العلاجية المستخدمة . فإذا استخدمنا شكلاً واحد من العلاج وليكن التدريب على الاسترخاء ، أو التطمين التدريجى ، فإنه لا بأس من أن يزيد حجم الجماعة ليصل إلى ١٠ أو ١٢ شخصاً . أما إن كان الأمر يتطلب إجراءات خاصة لكل فرد فيها ، فإن من الأفضل التعامل مع جماعة صغيرة حتى بالنسبة لمعالج محنك .

جـ - ويتوقف اختيار حجم الجماعة أيضاً على عدد المعالجين المتواجدين أثناء الجلسات العلاجية . فكلما زاد المعالجون كلما كان من الممكن زيادة حجم الجماعة إلى ١٠ أو ١٢ شخصاً .

د - ويساهم العدد المتوفر من النزلاء فى العنبر العلاجي فى تحديد حجم الجماعة . فقد لايكون هناك مثلاً أكثر من ثلاثة أشخاص فى العنبر وعندئذ يجب على المعالج أن يفكر فى أن تكون جماعته صغيرة ، وأن يكيف نفسه لتلك المشكلات التى قد تنجم عن التعامل مع جماعة صغيرة الحجم بهذا الشكل . إذ من المعروف أنه كلما قل حجم الجماعة ، كلما زاد العبء والضغط على أفرادها للمساهمة

والتفاعل بالجماعة ، مما يودى إلى هروب بعض الأفراد خاصة من ذوى القلق المرتفـع .

وعلى وجـه العموم ، فإنه بالرغم من عدم وجود قاعدة ذهبية لاختيار وتحديد حجم الجماعة ، فإن هناك مايدل اعتماداً على الخبرة الخاصة وخبرة غيرنا من المعالجين من أمثال لازاروس *Lazarus,* ١٩٦٦ وبرنكلمان وغيرهم (عـن : *(Rose, 1977)* وروز *(Rose, 1977)* إن العـدد الأمثل هو الذى يتفاوت من ٨ – ١٠ أفراد .

(٢) عدد الجلسات وطول كل منها :

لم يقدم خبراء العلاج الجمعي إجابات حاسمة أيضاً عن هذا الموضوع . ويرى *Rose* إن عدد الجلسات يتوقف على نوع المشكلة من ناحية ، والهدف من برنامج العلاج الجمعي من ناحية أخرى .*(Rose, 1977)* .

ففى البرامج العلاجية التى توضع لتدريب الآباء ، والأمهات على القيام بأدوارهم الوالدية بفاعلية ونجاح تبين أن تحقيق هذا الهدف يحتاج لعدد من الجلسات يتراوح من ٦ : ١٨ جلسة . وهو مدى مرتفع في الواقع . لأن هناك عوامل أخرى تتدخل فى تحديد عدد الجلسات منها : مستوى التعليم وكلما كان المستوى مرتفعاً كلما قل عدد الجلسات المطلوبة . لكن مستوى التعليم لايؤثر فى عدد الجلسات الموضوعة لعلاج مشكلات أخرى مثل المخاوف المرضية والقلق .

وكلما كانت المشكلات ، والأهداف واضحـة لأفراد الجماعة منذ البداية ، كلما كان بالإمكان الإقـلال من عدد الجلسات . ولهذا احتاج " برنكمان " وزملاؤه *(Rose, 1977)* إلى ٢٥ جلسة كاملة لعلاج جماعة أفرادها غير متجانسين ، ومرتفعين فى مستوى القلق . واحتاج لازاروس *(Lazarus, 1966)* إلى مايقرب من ١٨ جلسة لعلاج جماعة مماثلـة .

هذا ويفضل غالبية المعالجين أن تتم الجلسات بمعدل جلسة واحدة كل أسبوع ولو أن من الأفضل أن تكون الجلسات فى البداية مرتين أسبوعياً للمساعدة على تيسير التفاعل بين أفراد الجماعة ، ومراقبة المشكلات وتحديد الأهداف العلاجية لكل مريض بدقـة .

وتستغرق الجلسة الجمعية عادة من ساعة إلى ٣ ساعات بمتوسط ساعتين مع إعطاء ١٠ دقائق كل ساعة كاستراحة ويتوقف زمن كل جلسة على حجم الجماعة، فزيادة الحجم تعني وقتاً أطول حتى يتاح لكل مريض الفرصة للتعبير عن نفسه والتعريف بمشكلاته .

(٣) تجانس الجماعة :

هل من الأفضل أن تكون الجماعة متجانسة من حيث مستواها التعليمى ، والمركز الاجتماعي ، والوضع الطبقى لأفرادها ، وجنس كل منهم ؟ .

ينصح لازاروس (*Lazarus, 1966*) من خلال خبراته المكثفة فى هذا الموضوع بأن أفضل نتائج نصل إليها تأتى من جماعة متماثلة فى الجنس (ذكور أو إناث) ولا تختلف اختلافات شديدة فى العوامل الأخرى السابقة كالتعليم والمستوى الاقتصادي .

وننصح نحن بالمثل خاصة فى المجتمعات العربية ، فالتجانس الجنسي يقلل مستوى القلق وبالتالي يزيد من فرص التفاعل بين أفراد الجماعة المتجانسة .

وهناك فائدة أخرى نجنيها من التجانس ، فالتجانس أو التشابه بين أفراد الجماعة يساعد كل فرد على التوحد بالآخر وبالتالي تقبله كنموذج وكصديق مما يخفف كثيراً من التوترات ، ويزيد من عمق الاتصال بين أفراد الجماعة ذلك الاتصال الذى يقل بين أفراد غير متماثلين فى المراكز أو الوضع الطبقى .

على أن هذا لايعني أن يكون أفراد الجماعة منذ البداية متصادقين . بل على العكس ينصح روز *(Rose, 1977)* ألايكون الأفراد

كـــذلك منذ البدايــة لأن تصادقهم سيجعل كلاً منهم يعتمد على الآخر ويرتبط به ارتباطاً شللياً . مما يحرمهم من فرص التفاعل بالأعضاء الآخرين . وإذا حدث ذلك فمن الأفضل أن يناقش المعالج صراحة هذه المشكلة وأن يبرزها أمام الآخرين .

وكلما كان أفراد الجماعة متماثلين من حيث المشكلات المطلوب علاجها ، كلما كان من السهل تحديد الإجراءات العلاجيــة خطــة البرنامج العلاجــي . ولهذا يقوم المعالجون الآن بالقيام ببرامج علاجيــة لمشكلات محددة مثل علاج نقص الثقة بالذات ، أو التدخين ، والإدمان ، والقلق ، والمشكلات الأسرية . ويساعد التجانس فى المشكلات على تسهيل الإجراءات العلاجية لهذا استطاع بول *(Paul 1966)* أن يعالج المخاوف المرضية الاجتماعية كالخوف من التعبير عن الذات أمام الجماعــة بوضع خطة واحدة قام بتنفيــذها على كل أفراد الجماعة . وماكان ليتأتى له ذلك إذا لم تكن المشكلة متجانســة . وتوصل مارون وزملاؤه . *(Maronne et. al. 1970)* إلى نتائج متماثلة فى علاج جماعة متجانسة يطلب أفرادها العلاج من الإدمان على التدخين . واستطاع *(Nauwas & Miller,1970)* تنفيذ خطة علاجيــة واحدة على جماعــة من المدمنين على الخمور . وكذلك نفذ " كيليان " *(Killian, 1970)* خطــة واحدة لعلاج الاكتئاب أو مثله قام معالجون بتنفيذ خطــة واحدة للتقليل من المشكلات الهستيرية عند جماعة من الهستيريين . *(Kass, and Silver et. al. 1972)*

على أنه يجب أن نحــذر من التجانس الشــديد . فمن ناحية قد يؤدي التجانس الشديد إلى انشغال المعالج بوضع خطــة علاجيــة واحدة متجاهلاً بذلك بعض المشــكلات الأخطر شــأنا والتى قد يكتشفها بين أفراد الجماعة بعد بدء العلاج .

ويكون التقليل من التجانس مفيداً أحياناً لأنه يعرض الفرد لنماذج مختلفة من الأشخاص ممن لاتوجد لديهــم نفس المشكلات ، أو ممن تجاوزوا بنجاح بعض المشكلات المشابهة التى يعاني منها المريض حالياً . وبهذا قد

يواجــه المريض وجهــات نظر مختلفة ، وتوصيات متنوعة تكون لها فائدة كبيرة فى علاجــه .

(٤) اختيار المكان الملائم للجلسـات :

يتوقف اختيار المكان على نوع المشكلة المطلوب علاجها . ولهذا فكلما كان اللقاء فى البيئة الطبيعيــة التى سيتفاعل معها المريض بعد علاجــه كلما كان ذلك أفضل . ولهذا كان أحــد المعالجين الجمعيين *(Rose, 1977)* يجرى جلساته لجماعة من الجانحين فى أماكن تشبه الأسواق والمحلات التجارية التى ضبط فيها هؤلاء الجانحون يسرقون . ولعلاج المشكلات التى تحتاج لتأكيــد الذات يحسن أن تجرى بعض الجلسات تحت إشراف المعالج ومراقبة الزملاء فى مواقف طبيعية كالمحلات التجارية وأماكن الترفيه.

على أن الانتقال إلى الأماكن الطبيعية يجب أن تسبقه جلسات توجيهيــة تكون فى أماكن جذابــة ومريحة أو فى عيادة نفســية ، حتى تكون لها هيبتها وجاذبيتها للمرضى ... على أن تنتقل الجلسات تدريجياً إلى مواقع حيــة . حيث تتم مراقبة المريض من قبل المعالج وأعضاء الجماعــة الآخرين فى مواقف فعليــة يمارس فيها ما سبق له أن تعلمه في الجلسات التوجيهيــة . ويتلو ذلك جلسات تصحيحيــة تتم فى العيادة من جديد .

(٥) اختيـار أفراد الجماعـة :

الآن وقد قام المعالج بالتخطيط لبرنامج العلاج الجمعى ، وحدد أفراد الجماعة ، والهدف وعدد الجلسات وطول كل منها ، تبدأ مرحلة البدء فى التنفيــذ وهنا يحتاج للدخول فى الإجراءات الفعلية لاختيار أفراد الجماعــة .

ومن الأفضل أن يختار المعالج أفراد الجماعة اختياراً جيداً ، وذلك بالقيام بلقاءات فردية مع كل منهم قبل بدء الجلسات وذلك لاستبعاد الحالات المختلفة اختلافاً شــديداً عن الأهداف التي يحققها البرنامج .

(٦) تعريف أفراد الجماعـة وإعلامهم بالخطة العلاجيـة :

عادة ما لا يكون أفراد الجماعة على علم مسبق بطريقة جلسات العلاج الجمعي ، وقيادته ، وأنماط التفاعل فيه لهذا يحسن أن يعرف المعالج كل

مريض على حده مسبقاً بما سيتوقعه من الجلسات ، وبالطريقة التي سيعامل بها . ويجب مساعدة الفرد بعد ذلك على اتخاذ القرار الملائم له . وتتم عمليات التعريف والإعلام هذه بطرق متعددة منها دعوة أعضاء سابقين في جماعات مماثلة للحديث عن خبراتهم السابقة وماهي النتائج التي توصلوا إليها ، ويجب تشجيع الأفراد الجدد على توجيه الأسئلة والتعبير عن المخاوف إن وجدت .

ويجب أن يحذر المعالج خلال عملياته التعريفية التمهيدية من إغراق المريض بالتفاصيل النظرية ، وأن يقدم بدلاً من ذلك أمثلة لحالات سابقة .

وبعد أن يساعد المعالج الأفراد على اتخاذ القرار الملائم بالانضمام أو بعدم الانضمام ، يرى بعض المعالجين أنه يجب أن يتم التعاقد بين المعالج والمرضى الذي سينضمون للجماعة ، وتعتبر التعاقدات *Contracting* مع المرضى شديدة الفائدة فهي ترسم منذ البداية التوقعات المتبادلة بين الطرفين ، وترسم قائمة الحقوق والواجبات المتوقعة . فضلاً عن أن التعاقد إذا كان مكتوباً بطريقة جيدة سيساعد المريض على بلورة توقعاته عن الخطة العلاجية وعن الكيفية التي سيعامل بها .. وفيما يلي نموذج لأحد العقود المستخدمة في جلسات العلاج الجمعي .

عقد علاج جمعي

يوافق كل عضو من أعضاء الجماعة على :

١ – احترام مواعيد الجلسات بالحضور والانصراف في الأوقات المحددة .

٢ – أن ينفذ التعليمات العلاجية التي تعطى أثناء الجلسات ، أو قبل الانصراف لموعد الجلسة المقبلة .

٣ – أن يسمح باستخدام ما يتجمع من معلومات أثناء الجلسات لأغراض البحث العلمي ، دون أن يعني ذلك خرقاً لحقوقه في السرية ، أو عدم استخدام اسمه

أو أي إشـارة تسـاعد على معرفـة شخصيته .

٤ – أن يسـمح بأن يتصل به قائد الجماعـة (المعالج) فيما بعد كتابة أو تليفونياً للمتابعة .

٥ – ألا أبخـل بمشـاركة الآخرين بتجربتي في جلسـات العلاج فيما بعد وألا أدخر جهداً في المشاركة عندما أدعى لجلسات مماثلة لإفادة أعضاء آخرين جدد بخبراتي السابقة وتجربتي

وفي مقابل الواجبات السابقة أتوقع من قائد الجماعة الواجبات التاليـة :

١) أن يحضر في المواعيد المحددة للجلسات ، وأن ينصرف في الوقت المحدد لذلك .

٢) أن يساعد أعضاء الجماعة على توضيح مشكلاتهم بطريقة واقعية تسمح بالقيام بخطوات عملية لعلاجها .

٣) أن يمد أعضاء الجماعة بالإجراءات الملائمة لحل مشكلاتهم التي تواجههم بطريقة تمكن كل منهم من الحصول على أفضل الظروف الفعالة للحل والعلاج .

أن يحترم أعضاء الجماعة ، وأن يحافظ على المعلومات المتبادلة أثناء الجلسات وألا ينشرها – مهما كانت الأسباب – لأغراض غير علاجيـة .

٥) أن ينظم وينسق عمل الجماعة بحيث يسمح لكل منهم أن يتلقى تدعيمه بطريقة ملائمة لكرامته .

اسم عضو الجماعـة : .... قائد الجماعة : ....

التوقيـع : .... التوقيـــــع : ....

التاريخ : / /

وللعقـد بالإضافة إلى وظيفتـه الرئيسـية في تعريف المريض بأهداف العلاج ، وظيفتـه الرئيسية أيضاً في ترسيخ التماسك بين أعضاء الجماعة . ذلك أن الجماعة عـادة ما يزداد تماسكها إذا كانت التوقعات بين أفراد الجماعة محددة بوضوح ولو أن هناك طرقاً أخرى متعددة لتحقيق التماسك بين أفراد الجماعة كما سنرى فيما يلي :

كيف نحقق التماسك بين أفراد الجماعة العلاجية ؟

التماسك بين أفراد الجماعة العلاجية :

الآن وقد تم التخطيط لبرنامج العلاج الجمعي وتم تعريف الأفراد بأهداف المجموعة العلاجية وتم التعاقد مع كل منهم على وثيقة الحقوق والواجبات يأتي بعد ذلك دور تأكيد تماسك الجماعة ... وهو دور مهم في كل جلسات العلاج الجمعي .

فالعلاج الجمعي لايتم بنجاح ما لم يكن أعضاء الجماعة على اتفاق تام ووئام ، وما لم تكن الجماعة تشكل بعض الجاذبية لأفرادها .

ولا تنجح الجماعة في العلاج ما لم يكن أفرادها منتظمين في الحضور وما لم يكن كل منهم قادراً على تحمل الضغوط والتأثيرات التي تقع عليه من قبل الأعضاء الآخرين . ولكي يحدث كل ذلك بفاعلية ، يجب أن تكون الجماعة على درجة ما من قوة الدعم والجاذبية لأفرادهـا .

وتتمثل مصادر جذب الجماعة للأفراد في جوانب متعددة : فقد تكون في الأعضاء الآخرين ، وقد تكون في شخصية المعالج ، وقد تتمثل في الأهداف التي ينوى الفرد تحقيقها ، أو التي يتوقعها من الجماعة ، وقد يكون مصدر الجاذبية النشاطات التي تمارسها الجماعـة خلال عمليات اللقاء والتفاعل .

ولهذا يولي المعالجون جزءاً كبيراً من نشاطهم للبحث عن أسـاليب تساعد على زيادة جاذبية الجماعة العلاجية لأفرادها . وقد نجح بعضهم (Staats, 1963) في وضع برنامج لزيادة جاذبيـة الجماعة وفق عدد من الخطـوات منها :

١ – أن يقوم المعالجون بتخفيض مستوى القلق والتوتر الذي يعتري الأفراد في الجلسات الأولى من العلاج باستخدام وسائل منها :

– تقديم المرضى الجدد لجماعات صغيرة في البداية وليس لكل أعضاء الجماعة العلاجية . ويمكن التخفيف من القلق بأن يرسم المعالج أمام المرضى الجدد التوقعات التي سيصادفونها في جلسات العلاج فيما بعد من خلال منهج لعب الدور مسبقاً.

وننصح بتعليم بعض الأفراد القلقين في جلسات فردية كيفية الاسترخاء الذي من شأنه أن يخفض من مستوى التوتر العصبي ، ومن ثم يجعلهم أكثر قدرة على مواجهة الضغوط التي تثيرها الجلسات الجماعية .

٢ – استخدام المدعمات المادية مثل الطعام ، أو المرطبات والقهوة والشاى خاصة في الجلسات الأولى . وقد بينت الخبرة أن الإعداد المسبق – أي قبل بدء الجلسة العلاجية – للقهوة أو المرطبات يخلق منذ البداية جواً غير رسمي يساعد على تخفيض التوتر . فضلاً عن هذا ، فقد يستمتع بعض الأفراد بالقيام ببعض الوظائف والأدوار التي تساعد على تجنب التوتر بالاندماج في عمل شيء كخدمة بعض أفراد الجماعة ودعوقم لبعض المشروبات أو لفنجان من القهوة .

٣ – زيادة التفاعل بين أفراد الجماعة بتقسيمهم إلى جماعات صغيرة (فردين أو أكثر) يطلب منهم المعالج ضرورة أن يتبادلوا الحديث معاً ، لكن على أن يقترح عليهم موضوع الحديث وبناءه.

٤ – استخدام بعض الأساليب الصحية لزيادة التنافس بين أعضاء الجماعة . فزيادة التنافس الصحي تؤدى إلى زيادة في جاذبية الجماعة لأفرادها. *(Bishop& Fiedler, 1966)* . ومن أنواع التنافس الحميد القيام بتدعيم الأفراد ومدحهم عندما تصدر عنهم استجابات جيدة كالقيام بالواجبات المترلية التي تعطى لهم ، ومنها التسجيل بالفيديو أو جهاز التسجيل .

٥ - ومن الأســاليب التي وجدت أنها تساهم في تحقيق تماسك الجماعة وتزيد من جاذبيتها لأفرادها أسلوب توليد الأفكار *Brainstorming* الذي استخدمه *Osborn* أصلاً في جلسات الإبداع .. ونجد أنه يمكن أن يستخدم في جلسات العلاج .

ومؤدى هذا الأسلوب كما اقترحه " أوسبورن " *(Osborn, 1957)* منذ ثلاثين عاماً أن امتنع الأفراد منعاً باتاً عن نقد أفكار الآخرين أو تقييمها . وأن يقوم بدلاً من ذلك إلى تدعيم الفكرة ، أو إضافة تفاصيل لها في جو يخلو من النقد ويمتلئ بالتشجيع . وقد وجد " أوسبورن " أن هذا الأسلوب يساعد الجماعة في الوصول إلى ثورة هائلة من الأفكار الجيدة إذا ما طرح عليها موضوع ما .

أما في الجلسات العلاجية ، فيجب أيضاً أن يمتنع الأفراد الآخرون في بداية الجلسات عن نقد أفكار أو ســلوك زملائهم . وعلى المعالج أن يفرض هذه القاعدة بشتى الوسائل لكن على أن يرحب بالتوجيهات البناءة ، أو اقتراح حلول للتغلب على مشكلات المرضى الآخرين أو الإضافة لموضوع الحديث بتقديم خبرة من خبراته الشخصية .

وعندما تتطور الجماعة قليلاً ، يمكن للمعالج عندئذ أن يقترح جلسة نقد وتقييم. وبهذا يأتي النقد في جو غير مهدد لأن الثقة بالجماعة تكون قد رسخت، ولأن الخبرة مسبقاً يقل من تهديدها .

كيف نحقق أكبر قدر ممكن من التفاعل داخل الجماعــة أثناء العلاج:

لعل الوظيفة العلاجية الأولى للجماعة هي قدرتها على التأثير في سلوك الفرد والجماعة التي لاتترك آثاراً علاجيــة في الفرد تعتبر ناقصة من حيث قوتها العلاجيــة وفاعليتها .

١ - تحقيق التعاون والتفاعل بين أفراد الجماعـة :

ولكي تكون الجماعة مؤثرة ولكي يستفيد المعالج بادراكات أعضائها وسلوكهم للتأثير على سلوك الآخرين ، لابد من وجود تعــاون بين أعضاء

الجماعة ولتحقيق التعاون والفاعلية لابد من التفاعل والحــوار بين أعضاء الجماعة .

ومفهــوم التفاعــل من المفاهيم الرئيسية في العلاج السلوكي الجمعي . ويعتبر كل فعل أو نشاط في الجماعة تفاعلاً بينها طالما أن هذا النشاط يصدر كاستجابة لتصرفات الآخرين أو سلوكهم أو يهدف لتدعيم تصرفات الآخرين وسلوكهم .

وعلى المعالج أن يهتم بتحقيق أكبر قدر ممكن من التفاعل داخل الجماعة بحيث يساعد كل فرد من أفرادها على المساهمة في عملية التفاعل داخل الجماعــة . إذ من المؤكد أن فشل عضو من أعضاء الجماعة عن المساهمة في عملية التفاعل ستكون له نتائج سلبية من حيث تقدير حقيقة المشكلات التي يعاني منها ، ومن حيث الخطط العلاجية التي ستوضع لعلاج هذه المشكلات . إن الفرد الذي لايتفاعل ، ولا ينشط لفظياً أو سلوكياً فرد منعزل يصعب معرفة عالمه النفسي ، حقيقــة مشكلاته وهمومه ، بعكس الفرد الذي يتحدث وينشط ويتفاعل مع الآخرين .

ولهــذا ، فمن الضروري أن تعمل الجماعة على توزيع نسبة التفاعل بين الأفراد وأنه عندما يتاح لكل فرد فيها المبادرة بالتفاعل بالجماعة تبدأ مشكلاته تتضح ، وبالتالي تتبلور خطتــه العلاجيــة .

ولكن هذا ليس دائما سهل التحقيق ، فالأفــراد يتفاوتون فيما بينهم بعضهم يتحدث أكثر وينشط أكثر . وبعضهم يتحدث أقل ، وينشط بدرجة أقل إن لم يلتزم الصمت والانزواء . وليست الفروق بين أفراد الجماعة في هذا الخاصية إلا تعبير عن ضعف المهارات الاجتماعية وضعف القدرة على الحديث معهم . وقد يكون السبب أن بعض الأفراد أقل قدرة على تأكيد الذات والثقة بالنفس من البعض الآخر ولهذا فهو ينشط بدرجة أقل .

١ - وفي كل الأحــوال ، ومهما كانت الأســباب يجب على المعالج أن يثير المشكلة بوضوح أمام الجماعة ، وأن يقترح على الجماعة أن تتولى تقديم ما تراه ملائماً لعلاج هذه المشكلة ... وهذا أسلوب من الأساليب

الجيدة لإثارة التفاعل وتشجيعه كما يتضح من خلال هذا الحوار في إحدى جلسات العلاج الجمعي :

المعالج :

أنا شايف أن هناك ثلاثة من الجماعة يتكلمون أكثر من ٧٥٪ من الوقت ، أما الخمسة الآخرين فهم لايتحدثون أكثر من ٢٥٪ ويبدو لي لهذا أن الذين لايتحدثون لايحصلون على نصيبهم العادل من الفوائد التي يمكن أن تقدمها الجماعة . ومن الجائز أن الذين يتحدثون طوال الوقت يساهمون في منع الآخرين من نصيبهم في معادلة الكلام والحوار . فماذا تقترحون كحل لهذه المشكلات ؟ ...يبدأ بعد ذلك حوار ونقاش ينتهي باتفـاق الأعضـاء .

المعـالج :

حسـناً ، ما دمنا جميعاً نتفق على هذه المشكلة ، فيما ترى هل نستطيع أن نستخدم أى أسلوب من الأساليب التي استخدمناها لعلاج بعض المشكلات الشخصية في حل هذه المشكلة أى في دفع البعض لمزيد من الحديث ودفع البعض الآخر للتقليل مـن الكـلام .

أحـد الأفـراد :

ممكن أننا نعطى الأشخاص الذين لايتكلمون مدعمات كلما تكلموا وأن نعطى مدعمات للذين يتكلمون كثيراً من أمثالي عندما يصمتون (أعضاء الجماعة يضحكون ، ولكنهم يظهرون علامات الموافقة) .

فرد آخـر :

يبدو أن كل شخص يوافق على هذا الاقتراح ، لكن أنا شخصياً لا أعرف دائما ماذا أقول ، وأراهـن أن هنـاك كثيرين مثلي كذلك .

فـرد ثالـث :

أقترح أن تخصص جلسة مستقلة للتدريب على الكلام أمام الجماعة . ويمكننا خلالها أن نستخدم بعض التمرينات أو لعب الأدوار بالطريقة

التي ناقشناها في الأسبوع الماضي . (تستمر المناقشة حتى يحدث اتفاق على خطة بين الأعضاء).

٢ - فضلاً عن هذا يستخدم مبدأ التدعيم الإيجابي للأفراد الميالين للصمت عندما يتكلمون ، والتدعيم السلبي مع الأفراد المسرفين في الكلام عندما يبدو أنهم قد أخذوا أكثر من نصيبهم في الحديث أو عندما يقطعون مسار التفاعل والتدعيم قوة كبيرة بيد قائد الجماعة إذا استخدمها بحكمة وذكاء فإنه يحصل على نتائج جيدة . ومن طرق استخدام التدعيم :

أ - الإنصات الشديد وإظهار الانتباه عندما يصدر سلوك يدل على التفاعل والاحتكاك بالآخرين ... مثلاً : عندما يبدأ شخص حواراً ، أو عندما ينصت شخص لشخص آخر يتكلم ، أو عند إلقاء أسئلة أو تقديم إجابات ، أو عند التعاون مع أفراد آخرين لحل مشكلة معينة .

ومن الغريب أن " بينيت " و " مالي " *(Bennett& Maley, 1973)* استطاعا باستخدام التدعيم لجوانب السلوك التفاعلي السابقة أن يزيدا من الاحتكاك والتفاعل في داخل جماعة من المرضى العقليين مما يدل على فاعلية التدعيم في إثارة التفاعل حتى في أشد الأمراض النفسية والعقلية خطراً .

ب - وقد استطاع *(Heckel, Wiggins and Salzberg, 1962)* أن يزيدوا من التفاعل داخل الجماعة العلاجية باستخدام منهج من التدعيم السلبي وذلك بإطلاق صوت منفر كلما اتجهت الجماعة للصمت وعدم الحوار . وإذا بدأت الجماعة حواراً أو نقاشاً توقف الجرس المنفر كتدعيم سلبي للكلام أو لقطع الصمت .

جـ - ومن أساليب تدعيم التفاعل : التدعيم اللفظي والمديح ، والاحتكاك البصري ، والإيماءات والتأييد وإظهار الاهتمام عند ظهور ما يدل على التفاعل ، أو الحوار أو التعاون داخل الجماعة .

٣ - عندما يكون عزوف بعض الأفراد ، عن التفاعل بالجماعة ناتجاً عن القلق والافتقار للمهـــارات الاجتماعـــية ، فإنه لابد من القيام بجلســـات تدريبية لمثل هذا النوع من الأشخاص لتحريرهم من القلق داخل الجماعة . وفي هذه الحالة من الممكن استخدام وسائل مثل لعب الأدوار أو الاسترخاء والتطمين المتدرج في المواقف الاجتماعية العصبية (إبراهيم ، ١٩٧٩) .

٤ - وقد يكون القائد مسؤولا عن تضاؤل التفاعل فقد تبين أنه كلما كان نشاط القائد زائداً ، وتدخله اللفظي كثيراً كلما قل مستوى التفاعل داخل الجماعة . فهناك فيما يبدو علاقة سلبية بين نشاط القائد اللفظي والتفاعل في داخل الجماعة . وتزداد هذه المشكلة خاصة لدى المعالجين الذين اعتادوا على العلاج الفردي . ولهذا يحسن بالمعالج الجمعي أن يميز بين المواقف الفردية والمواقف الجماعية من العلاج ، وأن يراقب ســلوكه اللفظـي داخل الجماعة ومستوى نشاطه وأن يقوم بعملية ضبط متعمد لكليهما .

٥ - يزداد التفاعل عندما يكون هنـاك هدف مشترك تتحرك نحوه الجماعة . ولهذا فيجب على المعالج أن يجعل لكل جلسة هدف تحققه كجزء من الهدف الكبير للبرنامج العلاجي . أو أن يضع لكل جلسة جدول أعمال ... فكلما اتجهت الجماعة نحو هدف مشترك أو نحو عمل كلما زاد معدل التفاعل فيها .

استخدام تمرينات التفاعل

بالرغم من بعض الاختلافات النظرية والمنهجيــة بين العلاج السلوكي وغيره من أشكال العلاج مثل العلاج الجشتالتي والعلاج الجمعي بالمواجهـــة ، فإن من الممكن لنا الاستعانة ببعض الأساليب السائدة في هذه الأنواع العلاجيــة طالما أنها تؤدى إلى تحديد نوعي للمشكلات المطلوب علاجها ، وطالما أنها تؤدى إلى تغييرات نوعية في السلوك المطلوب تعديلـه .

ولهذا يمكننا الاستعانة ببعض التمارين والألعاب المستخدمة في الأشكال العلاجية غير السلوكية وفيما يلي أمثلة لبعض هذه الألعاب التي أجد فيها كثيراً من الفوائد العلاجية في جلسات العلاج الجمعي .

١) لتشجيع الأعضاء الجدد في الجماعة أو الانسحابيين على التفاعل والاندماج .
التمرين : العضو يسير في داخل الجماعة المصفوفة في شكل دائرة وهو يعقد يديه.

٢) لتدريب الأشخاص المسرفين في العقلانية والنشاطات اللفظية واللغوية أكثر من النشاطات القائمة على الوعي الحسي :
التمرين : تدريبات الوعي الحسي مثل اللمس والاحتكاك البصرى .

٣) للتخفيف من القلق في الجماعات الحديثة الانعقاد :
التمرين : القيام ببعض الضجة المصطنعة – " الكرسي الناقص " * .

٤) للتخفيف من التوترات العدائية في داخل الجماعة ، أو للتدريب على السلوك العدواني :
التمرين : القيام ببعض الألعاب الرياضية التنافسية مثل المصارعة بالأذرع (الرست) *Wrestling.*

٥) تدريب الثقة بالنفس وتأكيد الذات :
التمرين : توجيهات للشخص بأن يكون تلقائياً في التعبير عن مشاعره داخل الجماعة ونحو الأعضاء الآخرين – لعب الأدوار – تشكيل الصوت من مرتفع إلى هامس – تمثيل عدد من الانفعالات بالوجه والجسم مثل الغضب والعدوان ، والمودة والحب .

---

* يتطلب هذا التمرين أن يكون هناك كرسي أقل من عدد أعضاء الجماعة . بحيث يتبقى فرد واحد لا يوجد له كرسي . وهذا يخلق جواً غير رسمي ، كما أنه يساعد الأفراد على الاختلاط بأفراد جدد داخل الجماعة عندما يغير بعض الأفراد من أماكن جلوسهم نتيجة للكرسي الناقص .

٦) للتشجيع على التماسك ومعايشة الجماعة :
التمريـــن : وضع الجماعة في شكل دائرة بينما يعقد كل فرد ذراعية بذراعي الشخصين المحيطين به من الجهتين فتبدو الجماعة في شكل حلقة .

٧ – تدريب الأفراد على إظهار الود وتقبل الحب من الآخرين :
التمرين : توجيهات للأعضاء للتعبير عن مشاعرهم الإيجابية نحو الآخرين بطريقة غير لفظية : اللمس والاحتكاك البصرى – لعب الأدوار التي تساعد على إظهار المشاعر الرقيقـــة .

٨ – للتدريب على الإصغـــاء للآخرين ومشاركة الآخرين وجدانياً :
التمريـــن : تقسيم الجماعة إلى جماعات ثنائية ، يتولى كل فرد فيها دورياً الإصغاء لما يقوله شخص آخر من عبارات ... يعيد بعد ذلك صياغتها قبل أن يتجه لصياغة عباراته .

نموذج تطبيقى

برنامج علاج جمعي يهدف لتدريب المهارات الاجتماعية والقدرة على تأكيد الذات

قام بهذا المشروع طلاب دكتوراه بمدرسة الخدمة الاجتماعية بإحدى الجامعات الأمريكية ١٩٨٣ – ١٩٨٤ بإشراف " روزا " *(Rose, 1975)* لتدريب القدرة على تأكيد الذات في خمس جماعات تدريبية في أماكن ومؤسسات مختلفة للصحة النفسية. وقد اتبع هذا المشروع الخطوات التالية التي نسوقها هنا بشيء من التفصيل للقارئ العربي لتكون أمامه نموذجاً مفصلاً لكل الإجراءات المطلوب عملها لتنفيذ جلسات ناجحـــة من العلاج الجمعي .

أ – الجمهور والعينـة :

تراوح عدد كل جماعة من أربعة إلى ثمانية أفراد . تكون أكثر من ثلثهم من الطلاب بالإضافة إلى عدد من الزوجات والسكرتيرات والأمهات والممرضات . نصف الأفراد من الذكور والنصف الآخر من الإناث .

وقد جاء كل أفراد العينة إما عن طريق قراءة إعلان عن مشروع لتنفيذ برنامج لعـــلاج القلق الاجتماعي ، أو من خلال الإحالة من بعض المؤسسات والعيادات الأخرى . وقد عانى المتقدمون للبرنامج من مشكلات منها :

- الافتقار إلى مهارات الحـــديث .
- القلق في مواجهة نماذج السلطة كالآباء أو الرؤساء أو المدرسين .
- القلق في مواجهة أحد أفراد الجنس الآخر .
- العزلـــة الاجتماعيـــة .
- الشعور بالإهمـــال عند مواجهـــة الآخرين .
- العجز عن تكوين صداقات عميقة أو ذات معنى .

ومن الواضح أن كل المشكلات السابقة تعود في أساسها إلى ضعف المهارات الاجتماعية والافتقار لتأكيد الذات .

هذا وقد وضع المتقدمون في جماعات صغيرة وأجريت معهم جلسات علاج جمعي أسبوعية استغرق كل منها ما يقرب من ساعة ونصف إلى ساعتين لمدة ١٠ أســـابيع .

أما المعالجـــون فقد كانوا جميعاً من طلاب الدكتوراه ممن درسوا برامج في العلاج السلوكي ونظريات التعلم ، وحضروا جلسات مناقشة عن تطبيق المناهج السلوكية في مواقف العلاج الجماعي . وقد عملوا جميعاً بإشراف أســـاتذة متخصصين واستعانوا بطلاب آخرين وممرضـــات .

ب - مرحلـة جمع المعلومات :

تعتمد المناهج السلوكية في العلاج النفسي الفردى والجمعى على جمع المعلومات من كل المصادر المتاحة ولأسباب متعددة منها : تحديد الأسباب المسؤولة عن ظهور المشكلات السلوكية (أى السلوك المحورى الذي يتطلب العلاج) ، ومنها الحصول على معلومات دقيقة عن التغيرات التي تتم لتقييم الآثار التي تتركها كل جلســة علاجية على سلوك المتدربين . ومنها ثالثاً جمع معلومات لتحديد فاعلية البرنامج العلاجـــى للأفـــراد والجماعـــات .

أما مصادر المعلومات فقد تنوعت لتشمل التقارير الشخصية التي طلب من أفراد الجماعة أن يكتبوها عن سلوكهم في المواقف الخارجية . ولهذا الغرض تحدد لكل فرد سلوكاً أو سلوكين محوريين على الأكثر لكي يلاحظ مد التطور أو التغير الذي يتم فيها . مثلاً الكلام مع أشخاص في مواقع سلطة، أو مبادلة الحوار مع فرد من الجنس الآخر ، أو مساومة البائعين على عدد من المشتريات ... إلخ . وفضلاً عن هذا أمكن تدريب كل فرد على تسجيل وإحصاء أنواع السلوك الإيجابي التي تتم لكي تناقش أمام الجماعة وبحضور المعالجين .

وأعطى المتدربين كذلك عدداً من المقاييس الشخصية والسلوكية لتقدير تأكيد الذات ، قبل البدء في العلاج وبعد الانتهاء منه و من أهم هذه المقاييس :

- مقياس ويلوبي لتأكيد الشخصية *Willoughby Personality inventory*
- مقياس راثوس لتأكيد الذات *(Rathus Assertiveness Schedule)* *(Rathus, 1973)*

وقد استخدمت القائمة الأخيرة في كل الجماعات . وتهدف إلى تقدير إدراك الفرد للمواقف على مقياس يتراوح من – ٣ إلى + ٣ . ويستطيع الفرد أن يحصل على درجات تتراوح من – ٩٠ إلى + ٩٠ وتشير الدرجات السلبية إلى تناقص في تأكيد الذات ، بينما الدرجات الإيجابية إلى زيادة تأكيد الذات .

ويتكون هذا المقياس من تسعة مواقف يعتقد أنها ترتبط بإثارة القلق الاجتماعي ويحتاج الشخص فيها إلى درجة ما من تأكيد الذات وهي تغطي مجالات مختلفة من هذه القدرة منها :

- مهارات المخاطبة وتبادل الأحاديث .
- التعبير الإيجابي عن المشاعر .
- التعبير السلبي .

- القدرة على الرفض .

وفيما يلي مثال لذلك :

ماذا تفعل إذا كنت مرتدياً ثوباً (أو بدلــة) جديدة فيقابلك أحد المعارف العارفين ويقول لك إنك تبدو أنيقاً وحسن المظهــر اليوم ؟ .

ما الذي تفعل إذا كنت في صف لشراء بضاعة أو شيء معين فوجدت عامل الخزينة يحاول أن يخدم الشخص التالي لك في الصف ... وأنت تعرف أنك مســتعجل لكي تصل لموعد هــام ؟ .

جـ - جوانب السلوك المطلوب علاجها :

تم تحــديد هذه الجوانب باستخدام نتائج المقاييس السابقة ، فضلاً عن القيام بمقابلات شــــخصية مع كل متقدم لتحديد المشكلات التي دفعت كل منهم لطلب العــلاج .

كذلك استخدم المشرفون على البرنامج منهج ملاحظــة المرضى أثناء الجلســات لتحديد أنواع السلوك التي تحتاج للانتباه والتي قد لايكون المريض منتبهاً إليها .

وقد عرضت قوائم المشكلات المجتمعــة عن كل مريض عرضت على أصحابها كل بمفرده لمعرفة ما إذا كان المرضى يوافقون على هذه المشكلات أم لا ؟ وفي حالة الموافقة كان يطلب منهم أن يحددوا المشكلات التي تحتاج لعلاج أسرع ... أو التي تحتل أهمية أكبر بالنسبة لكل منهم .

د - إجراءات العــلاج :

استخدمت كل الوسائل المستخدمة لتدريب القدرة على تأكيد الذات بما في ذلك أساليب لعب الأدوار ، والاقتداء ، والعائد الجماعــي ، والتعاقد على تنفيذ تمارين تأكيد الذات في مواقف حيــة .

وقد طلب من كل عضو أن يسجل كل المواقف الاجتماعية التي تمر به والتي تحتاج إلى تأكيد الذات ، وأن يصف في نفس الوقت كيفية استجابته

لكل منها وبهذا أمكن تركيز الإجراءات العلاجيــة السابقة (كلعب الأدوار) على أنواع المواقف التي يعتبرها المريض هامة ولكن استجابته لها لم تكن تتلاءم مع متطلبات تأكيد الذات وكان المعالجــون ينتقون في كل جلسة علاجية موقفين أو ثلاثــة من هذه المواقف فيعرضونها للجماعة ويطلب منهم القيام بتنفيذها بطريقتها العادية المرضية ثم التطور بها بالشكل الصحي الملائم لمتطلبات تأكيد الذات .

وقد استخدمت التدعيمات والعطاءات لتشجيع المتدربين على ممارسة تأكيد الذات في هذه المواقف .

فضلاً عن ذلك استخدمت الخطــوات التاليــة : –

١ – يصف المعالج الموقف الذي يحتاج لمعالجة تأكيديــة (مناقشة المدير أو الزوج أو الأب) .

٢ – يطلب من الأعضاء أن يتخيلوا ما سيستجيبون به لهذا الموقف .

٣ – تتلو بعد ذلك مناقشة لاستجابات الأعضاء يقترح بعدها المعالج بعض التحسينات .

٤ – يطلب من الأعضاء من جــديد أن يتخيلوا ما سيستجيبون به للموقف بعد هذه التحسينات وبعد دمج الاقتراحات الملائمــة .

هـ – تحديد بعض المتطلبات :

في كل جلسة كان يطلب من كل مريض القيام بتحقيق عدد من المتطلبات منها ملاحظة الذات أثناء ممارسة السلوك الجديد ، قراءة بعض الفصول أو الموضوعــات الملائمة ، المبادرة بالاتصال بشخص معين ، أداء عمل ، التفكير في لعب دور الانتماء لنادى ، القيام بعمليات الاسترخاء أثناء تنفيذ اقتراحات علاجية جديدة ... الخ ، وقد كانت هذه الواجبات تناقش في كل جلســة .

وقد وضع لكل جلسة : جدول عمل وهدف . وقد كان المعالجون هم الذين يقومون بذلك في البداية، ولكن سرعان ما تولى أفراد الجماعة هذا الأمر بعد إدراكهم للأساس في اختيار الهدف . وقد روعي في اختيار هدف كل جلسة ، أن يكون قابلاً للتنفيذ خلال الفترة المسموح بها ، وأن يكون ملائماً لغالبية أعضاء الجماعة . ومن الأمثلة على ذلك أن يضع القائد الهدف في شكل العبارة الآتية :

(في نهاية هذه الجلسة من المفروض أن نكون قادرين على تحديد الخطة العلاجية الملائمة للتقليل من شيوع الانسحاب كنمط مرضي من السلوك سبق أن أخضعناه للمناقشة في الجلسة الماضية) ويمكن بالطبع أن يكون الهدف هو التقليل من شيوع أنماط مرضية أخرى غير الانسحاب أو زيادة شيوع أنماط سوية وإيجابية من السلوك كالإيجابية أو تأكيد الذات ، أو التلقائية ، أو المهارات الاجتماعية الأخرى .

و - جاذبية الجماعة :

استخدم المعالجون وسائل متعددة لزيادة جاذبية الجماعة منها :

القيام بلقاءات ثنائية بين المتقدمين للبرنامج بهدف التعارف عن قرب ، ومنها تشجيع المعالجين أنفسهم لكل عضو جديد ، وشرح مزايا البرنامج والجماعة . كذلك كان كل عضو يشجع على الكلام والحديث في الجلسة الأولى .

فضلاً عن هذا طلب من كل عضو أن يدفع ١٥ دولاراً للصرف منها على التدريبات والمدعمات التي تقدم خلال الجلسة .

وفي نهاية كل جلسة ، كان يطلب من كل عضو أن يسجل مدى جاذبية الجماعة له على مقياس أعد خصيصاً لذلك .

ز – النتائج :

يبين الجدول الآتي أنواع السلوك التي أمكن علاجها بنجاح في الجماعات العلاجية الخمس :

أنواع السلوك التي أمكن علاجها

	أنواع السلوك	ماتم علاجه منها بنجاح	مالم يتم علاجه بنجاح
١	الحوار مع الزملاء	٨	١
٢	الحوار مع من هم في مراكز السلطة	٣	٠
٣	الحوار مع أفراد من الجنس الآخر	٣	٠
٤	المدح أو الاستجابة الإيجابية	٧	٠
٥	إعطاء رأى	٤	٠
٦	تقديم اقتراح	٢	١
٧	الرفض	٣	٠
٨	المعارضة أو إظهار الاختلاف	٤	٠
٩	تقديم نقد	٢	٠
١٠	التعبير عن الرأي بحرية في داخل الفصل	٣	٠
		٣٩	٢

يتضح من البيانات السابقة أن نجاح البرنامج واضح بما لايدع مجالاً للشك .

فضلاً عن هذا فقد بينت نتائج أخرى منها النجاح في عمل مقابلات شخصية والنجاح فيها ، والدخول في مواقف فعلية ناجحة من التفاعل مثل الرفض والمعارضة والمساومة .

وتبين أيضاً بعد إعـادة تطبيق مقياس " راثوز " *Rathus* لتأكيد الذات أن درجات أفراد كل المجموعات السبع التي تعرضت للبرنامج قد ارتفعت من (-١ ، ١٩) قبل البرنامج إلى (+ ٩ ، ٧) بعد الجلسات العلاجية .

ومن ناحية رابعة حدثت تغييرات إيجابية واضحة في ثلاثـة أنمـاط من السلوك تعكس زيادة جاذبية الجماعة هي :

١ - الاستمرار في حضور الجلسات . فمن بين الذين قاموا بتسجيل أنفسهم للبرنامج استمر منهم في الحضور حوالي ٩٢% حتى نهاية البرنامج .
٢ - الانتظام والدقـة في الحضور فمن بين الذين استمروا في الحضور كان عدد من يحضر في الوقت المحدد وينصرف في الوقت المحدد حوالي ٨٣ % .

حـ - المناقشـة :

تبين هذه الدراسـة أن برنامج العلاج الجمعي الذي تم بهدف تعليم الأفراد وتدريبهم على تأكيد الذات والثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية المختلفة قد استطاع أن يؤدى إلى نتائج إيجابية في سلوك الأفراد واتجاهاتهم فيما لايزيد عن عشر جلسات ،وتبين أيضاً أن هذا البرنامج ينجح مع فئات اجتماعية وتعليمية مختلفة .

ولكن هذه النتائج لاتعني بالطبع أن الأفـراد قد نجحـوا تماماً وتخلصوا من جميع جوانب القلق الاجتماعي الذي كانوا يعانون منه ، أو أن الفرد منهم أصبح قادراً على مواجهـة كل المواقف الاجتماعية بنفس القدر من النجاح . فلقد تبين أن متوسط أداء الأفراد على قائمة " راثوز " لتأكيد الذات ظل - بالرغم من ارتفاعه بعد انتهاء العلاج - أقل من المتوسط العام للطلاب العاديين ، مما يوحي بضرورة الاستمرار في العلاج . لكن الهدف الذي دفع بالأفراد للعلاج قد تحقق بشكل عام .

و لم تتحقق الأهـداف العلاجية فحسب بل رأينا أن هناك تغييرات أخرى قد حدثت لم تكن من الأهداف التي وضع لها البرنامج وذلك مثل زيادة جاذبية الجماعة أسبوعا بعد أسبوع .

الخلاصـــة

١ - يكون العلاج النفسي فعالاً إذا تم في مواقف اجتماعية منضبطـة ومنظمـة وليس في الموقف الفردى فقط خاصة بالنسبة للمشكلات التي تلعب فيها الأخطاء في التفاعل الاجتماعي دوراً هاماً .

٢ - وهناك الكثير من المزايا العلاجيـة التي يمكن جنيها من العلاج الجمعي منها : إعطاء القدرة على توجيـه الآخرين ، وضع ضوابط على جوانب السلوك السيئة ، تمكين المريض من صداقات ناضجـة ، إعطـاء الفرد القدرة على تقييم النفس ، واكتشاف المشكلات الشخصية ، والفعالـة في أداء بعض الأدوار الاجتماعية، وتدريب الثقة بالنفس والقدرة على المواجهـة وتحمل الضغط .

٣ - ويحتاج التخطيط لبرنامج علاجـي جمعـي إلى تحقيق شروط مختلفة تتعلق بحجم الجماعة ، وعدد الجلسات وطول كل منها ، ومشكلة التجانس ، واختيار المكان الملائـم والأشخاص الملائمين للبرنامج ، وتعريف أفراد الجماعـة وإعلامهـم بالخطـة العلاجيـة .

٤ - وتحتـاج أيضاً إلى الإلمـام بكـثير من الشـروط لتحـقيق التماسـك ، والتفاعل الإيجابي البناء خلال الجلسـات .

٥ - وينتهى الفصل بنمـوذج تطبيقي لأحـد برامـج العلاج الجمعـي الذي أعـد خصيصاً لتدريب المهـارات الاجتماعيـة والقدرة على تأكيد الذات .

الفصل التاسع

مناهج الإدارة العلاجية لجماعات كبيرة من المرضى
(إدارة عنابر العلاج)

يعتبر أسلوب " اقتصاديات المنح " الذي يستخدم في إدارة العنابر العلاجية والمصحات العقلية من أحدث البرامج العلاجية السلوكية وأكثرها شمولاً ، وتمثيلاً لكل المبادئ الرئيسية في العلاج السلوكي .

ويجده البعض *(e. g. Athowe, 1976)* من أكثر الوسائل فاعلية في زيادة إقبال المريض العقلي على العلاج ، وازدياد دوافعه للتغير الإيجابي ، وتحمل المسؤولية ، وتجنب الأشكال الهدامة المضطربة من السلوك.

وتنبع أهمية برامج اقتصاديات المنح من قابليتها للتطبيق في مجالات متسعة من الخدمة النفسية والاجتماعية . فهي يمكن أن تستخدم في مستشفيات الصحة العقلية ، والسجون ومؤسسات الرعاية الاجتماعية ، والمدارس ، ومؤسسات الجناح والعجزة .. بعبارة أخرى فهي تقبل للاستخدام في أى ميدان توجد به مشكلات سلوكية ، وفي أى ميدان يحتاج الجمهور فيه لأساليب تزيد من دوافعهم على العمل الإيجابي ، وتجنب ما هو مصدر للمشكلات الاجتماعية والنفسية .

ومن ناحية ثانية ، تصلح هذه البرامج لمواجهة طائفة كبيرة من المشكلات والاضطرابات النفسية والعقلية التي نواجهها في المؤسسات الصحية والاجتماعية بدءا من مشكلات الأطفال الصغار في المدارس الابتدائية العادية إلى المشكلات التي يواجهها الممارسون في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية . بما في ذلك المشكلات الحادة للمرضى النفسيين والعقليين من فصاميين ، ومتخلفين ، ومكتئبين

ومهووسين . بعبارة أخرى كل المشكلات التي يعتبرها الأطباء النفسيون أنها ذات طابع مزمن ومتعذر على العلاج الطبي باستخدام العقاقير .

وبالرغم من أن هذه الطريقة تعتبر وافداً حديثاً في ميدان العلاج السلوكي والإدارة ، فإنها قد حظيت بإقبال واسع من المعالجين السلوكيين ، فالحقيقة أن أول المشكلات الحادة للمرضى النفسيين والعقليين من فصاميين ، ومتخلفين ، ومكتئبين ومهووسين . بعبارة أخرى كل المشكلات التي يعتبرها الأطباء النفسيون أنها ذات طابع مزمن ومتعذر على العلاج الطبي باستخدام العقاقير .

وبالرغم من أن هذه الطريقة تعتبر وافداً حديثاً في ميدان العلاج السلوكي والإدارة ، فإنها قد حظيت بإقبال واسع من المعالجين السلوكيين ، فالحقيقة أن أول برنامج سلوكي من هذا النوع تم سنة ١٩٦٥ بمستشفي آنا ستيت *Hospital Anna State* على يدي " أيلون " و " أزرين " *(Ahylon and Azrin 1968)* بهدف زيادة دوافع المرضى العقليين وعلاجهم وتأهيلهم . و لم تمض سنوات قليلة على ظهور تقرير هذين المعالجين حتى بدأت غالبية المستشفيات والمؤسسات العلاجية في أمريكا تتجه إلى استخدامه . أما اليوم ، فإن الإحصائيات تبين أن كل مؤسسات العلاج النفسي والتأهيل ، وكل مستشفي للصحة النفسية في أمريكا تستخدم برنامج اقتصاديات للمنح واحد أو أكثر ومن أمريكا انتشر استخدام هذا الأسلوب إلى أوروبا وبقية العالم .

وقد أصبح اليوم لبرامج اقتصاديات المنح متخصصوها والخبراء فيها وبدأت الخبرة والتخصص في هذا الميدان تساعد على وضع مزيد من الأسس العلمية للتوسيع من نطاق استخدامه .

والآن ماهي الفكرة الرئيسية من برنامج اقتصاديات المنح ؟

يقوم منهج اقتصاديات المنح على مبدأ التدعيم الإيجابي ، للسلوك الذي نعتبره سلوكاً مرغوباً من وجهة نظر المجتمع ، أو المشرفين والعاملين بالمستشفي . ويتم التدعيم عادة تدعيماً قوياً من خلال وسائط للتدعيم :

فيشات ، قطع معدنية ، بطاقات ورقية ، مكعبات خشبية ... الخ هذه الوسائط لا قيمة لها في حد ذاتها ، ولهذا فهي تسمى مدعمات ثانوية ، لأنها تترجم بعد ذلك إلى مدعمات أولية أو رئيسية كالطعام ، والسجائر ، والنقود ، والنزهات .... إلخ (*Craighead, Kazdin & Mahoney 1976*) .

ولهذا يتضمن التخطيط لأى برنامج من برامج اقتصاديات المنح خطوات منها : تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها في سلوك المريض أو الشخص المقيم بالعنبر العلاجى ، على أن يكون هذا التحديد نوعياً ومحدداً تحديداً دقيقاً . كما يجب تحديد الأشياء التي يراها المريض ذات قيمة بالنسبة له . أى المدعمات المختلفة لكل مريض : من سجائر وفاكهة ، بطاقة خروج للزيارة ، مشاهدة فيلم فيديو على التليفزيون ، مشاهدة مباراة رياضية ... الخ .

والآن وقد تحدد السلوك المرغوب المطلوب من كل مريض تعديله ، وتحددت له مدعماته يجب وضع وسائط للتبادل تستخدم لمكافأة جوانب السلوك النوعية المرغوبة : مثلاً إعطاء علامة أو نجمة أو نقطة إيجابية عندما لا يصدر سلوك غير مرغوب من المريض. بحيث يؤدى تراكم نقاط معينة إلى عطاء أو تدعيم ملموس .

مثال لبرنامج اقتصاديات المنح :

قام بهذا البرنامج " أتثاوى " *Atthowe* و " كريزنر " *(Krasner 1968)* في إحدى مستشفيات الطب النفسي . وعندما قاما ببرنامجهما هذا كان العنبر يتكون من عدد من المرضى العقليين المزمنين الذين مضى على حجزهم ما يقرب من ٢٠ عاماً. كانوا جميعاً تقريباً كسالى ، مزمنين ، غير مبالين ، وغير مكترثين بما يدور حولهم . كل ما كان يفعله الواحد منهم هو البقاء في كرسيه ، أو ينام في سريره دون عمل أى شيء غير الذهاب إلى صالة الطعام وبعد إلحاح وضغط . وقد وصل الحال ببعضهم إلى رفض مغادرة كرسيه حتى لقضاء حاجاته العضوية .

وفي مثل هذا الجو ، كان على العاملين من الممرضات والأخصائيين العمل طوال النهار بطريقة دائبة للمحافظة على نظافة المستشفي والمرضى .

وعندما تم تنفيذ برنامج اقتصاديات المنح لم تحدث في البداية نتائج تذكر على هذه المجموعة المزمنة من المرضى والمكونة من حوالي ١٢ مريضاً .

لكن عندما حدث تعديل في هذا البرنامج ، فأصبح الجلوس في الكراسي والبقاء فيها أصبح مدعماً يتم عمل إيجابي وليس حقاً روتينياً للمرضى انقلبت الصورة . بعبارة أخرى أصبح الجلوس والبقاء على الكراسي بدون عمل مكافأة لكل من يقوم بمجموعة من الأعمال الإيجابية التي اشتمل عليها البرنامج ، سرعان ما تحول هؤلاء المرضى إلى مجموعة إيجابية نشطة ومسؤولة . وبدأ كل منهم يهتم بنفسه والعالم من حوله . وبعد أشهر قليلة ، اختفي الجلوس والاسترخاء المتكاسل على الكراسي كهدف من أهداف حياة هؤلاء المرضى . وحلت محله جوانب جديدة من النشاط والحيوية في سلوكهم ، مما أعطى كل منهم الفرصة لحياة إيجابية وثرية . بعبارة أخرى ، لم يصبح الاسترخاء والتكاسل مقبولاً أو مرغوباً من المرضى ذواتهم كتدعيم لسلوكهم الإيجابي نتيجة لتزايد مستوى نشاطهم وانفتاحهم على كثير من مجالات النشاط والاهتمامات المشوقة .

لقد أدى النجاح بالمرضى إلى نجاح آخر ، فلم يقتصر الهدف بالنسبة لكل منهم على الهدف الأول وهو تجنب الكسل في العنبر ، بل امتد ليشمل جوانب أخرى من السلوك لم تكن محسوبة في البداية .

أما كيف تم ذلك وماهي الإجراءات التي اتبعت لتحقيق هذا البرنامج فهذا هو موضوعنا في الصفحات التالية .

إجراءات برامج اقتصاديات المنح وخطة تنفيذها

لعمل برنامج من هذا النوع نحتاج لعدد من الخطوات منها :

١ - ملاحظـة سلوك المريض جيداً على العنبر مع تحـديد جوانب السلوك غير المرغوبة التي تظهر منه (ويمكن الاستعانة على ذلك باستخدام قائمة ملاحظـة السلوك المرفقة في الملحق ٣) .

٢ - حـدد لكـل مريض بدقـة الأهداف العلاجية المرغوب منه إبرازها أو العمل على تعديلها : مثلاً :

- التوقف عن سـب المرضى الآخـرين .
- التوقف عن الهلوسـة .
- القيام بالواجبات المطلوبة منه على العنبر كتنظيف مائدة الطعـام .
- مبـادلة الحـوار .
- السرعة في المشي .
- التوقف عن الإلحاح والطلبات غير المعقولة .
- قضاء أطـول فترة ممكنة بعيداً عن سريره وكرسيه .
- المساهمة والنشاط اليومي .
- أخذ حمام يومي (أو أسبوعي) .
- المشاركة في الصـلاة .
- التوقف عن تخريب ممتلكات الآخرين ....الخ .

٣ - حدد لكل مريض أى جوانب إيجابية علاجيـة تتطـور لديـة :

- مثـلاً :

١ -قضى ١٥ دقيقـة دون أن يسـب أو يشـتم .
٢ -ترك حجرته أو سرير نومـه قبل المعتاد بـ ١٥ دقيقـة .
٣ - لم يظهر مايدل على التخريب منه ليومـين .
٤ -بدأ يصلي مع الجماعـة .
٥ -تضـاؤل نسبة الكلام بصوت مرتفـع .
٦ -توقف لمدة ساعة عن خبط رأسه في الحائط أو الصياح .

٤ - الآن وقـد تحـددت الجـوانب السلبية المرضية من السلوك ، وتحددت الأهـداف المـرغوبة ، وتحددت التطورات السلوكية لكل مريض نحو

الهدف يجب القيام بتحديد الأشياء المرغوبة من المريض .. أى الأشياء التي تخلف بالنسبة له جاذبية شديدة ... ويمكن تحديد هذه المدعمات إما بسؤال المريض مباشرة عن الأشياء التي يحبها ، أو سؤال المقربين منه عن ذلك . ويمكن الاستعانة " بقائمة المدعمات المرفقة لتيسر المهمة على المريض في اختيار المدعمات ، ويجب تدريج هذه المدعمات من حيث أهميتها ، أو تكاليفها (انظر قائمة المدعمات الملحق ٤) .

٥ - يتم بعد ذلك تنفيذ خطة العلاج بالتدعيم " اقتصاد المنح " بأن نعطي لكل مريض فيشة ، أو كرنيه ، يمكن ثقبه ، أو أن يعطى قطعة معدنية عن كل ساعة أو أقل .

ويطلق على هذه الأشياء وسائط التدعيم ، لأنها لا تحتوى على قيمة تدعيمية في حد ذاتها ، ولكنها يمكن أن تترجم بعد ذلك إلى مدعمات فعلية طعام : شاى ، رغبة في العزلة ، راحة في السرير . .. إلخ . وتعطى هذه الوسائط التدعيمية لكل فترة يتوقف فيها المريض عن أداء سلوك مزعج أو غير مرغوب ، أو عندما يظهر منه سلوك مرغوب ، أو نشاط طلبنا منه أداءه .

٦ - ترجمة الوسائط التدعيمية إلى مدعمات فعلية يجب أن تتم يومياً بأن نحصي عدد النقاط أو النجوم أو الفيشات التي حصل عليها المريض ، وأن نستبدل ذلك بالمدعمات المرغوبة منه ويحسب تكاليف كل منها : باستخدام جدول لحساب قيمة كل مدعم .

وفيما يلي نموذج لتكاليف المدعمات مأخوذة من أحد برامج العلاج السلوكي بمستشفي كاماريلو الولاية *Camarillo* بكاليفورنيا : *(Liberman, Wallance, Teigen & Davis, 1974)* .

جدول : يبين تكاليف المدعمات المختلفة

المدعمـــات	النقاط المطلوبة للحصول عليها
بسكويت أو قطعة شـيكولاته	٣
الراحـــة في المخـــدع	١
ســـيجارة	٥
فنجـــان أو كوب قهوة أو شاى	٦
زجاجـــة كوكاكولا أو أي مشروب مماثل	١٥
كيس فول سوداني ، أو لوز .	١٥
خروج للنزهة لمدة نصف ساعة	١
عمل مكالمة تليفونيـــة	١
مشاهدة فيلم فيديـــو	٢
الذهاب إلى حفلـــة	٢
..... الخ	

٧ - استخدام كل الوسائل الممكنة لتدعيم السلوك المرغوب عند ظهوره ، أو عـــند اخـــتفاء أى شكل من الأشكال المرضية للسلوك . ومن وسائل ذلك :

أ - اســـتخدام تعليمات واضحة ومفصلة لإثارة أو أداء استجابة مطلوبة

ب - تدعـــيم المرضـــى عند ظهور علامات قد تؤدى في النهاية إلى ظهور السلوك المرغوب مهما كانت ضئيلة أو غير صغيرة .

جـ - تهيئة جو المستشفي ، والعاملين بحيث يسمح بظهور الأشكال المرغوبة .

د - إعداد جو المستشفي بطريقة تبدو قريبة من واقع الحياة خارجها . . ووضع الخطط العلاجية بطريقة واقعية حتى تسهل الحياة في الخارج بعد ذلك

هـ - منح المرضى الفرص الملائمة لممارسة النشاطات والهوايات البناءة ، والخبرات المهنية التي قد تكون لها فائدة للمريض بعد خروجه من الأسوار.

و - تدريب العاملين والآباء والمحتكين بالمرضى على مبادئ العلاج السلوكي واستخدام التدعيم لكل سلوك إيجابي ، أو سلوك قد يؤدى إلى تغيير إيجابي .

ز - لا تيأس خاصة في بداية البرنامج ، فغالباً ما لا تكون النتائج مشجعة ى البداية لأسباب كثيرة .

٨ - تدريب كل العاملين بالعنبر من أطباء وممرضين ومساعدين ، أو طلاب وأخصائيين على المبادئ الأساسية للبرنامج : بما في ذلك تدريبهم على معانى المصطلحات ، تسجيل التغيرات ، استخدام مبادئ التدعيم .... الخ .

٩ - الوصف المفصل والدقيق للمريض للأشياء المطلوب منه أدائها لكي يحصل على التدعيمات التي اختارها . لابد أيضاً من مشاركة المريض في رسم خطة العلاج وفي اختيار المدعمات الملائمة .

١٠ - تقييم البرنامج ووصف التطور الذي يطرأ على سلوك المريض . باستخدام نفس مقياس " الملاحظة السلوكية للمريض على العنبر " الذي سبقت الإشارة إليه . يجب أن يقوم المشرفون بتقدير التغير الذي يطرأ على سلوك المريض في كل بند من البنود المستخدمة وذلك على مستوى أسبوعي .

وهكذا نجد باختصار ، أن تصميم برنامج للعلاج السلوكي بطريقة اقتصاديات المنح يحتاج إلى تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضي بطريقة محددة ونوعية ، فضلاً عن تحديد الأشياء ذات الطابع التدعيمي

لكـــل شـــــخص بالشكل الذي وصفناه . ثم أن نضع بعد ذلك وسائط للتـــبادل (نقاط ، أو نجوم ، أو فيشات) ، هدفها مكافئـــة السلوك الإيجابي المرغوب عند ظهوره . ثم العمل على زيادة التدعيم بترجمـــة هذه الوسائط إلى مدعمات ملموســـة ، وباستخدام شـــتى المدعمات ووسائل التعليم الأخرى لزيادة السلوك المرغوب ، وانطفاء السلوك غير المرغوب (أو المرضى).

لا تعـــني الخطـــوات الـــسابقة التي شرحناها أن هناك خطـــة آليـــة واحـــدة لتنفيذ برامج العلاج السلوكي في العنابر والمستشفيات . فالواقع أن هـــناك تطبـــيقات مخـــتلفة واجتهادات متنوعة ومبتكرة يلجأ لها المعالجـــون لتحقيق هذه البرامج . ومع ذلك فهناك خصائص مشتركة تجمع بين كل هذه البرامج على اختلاف أنواعها يمكن تحديدها فيما يأتى : -

١ - **تتفق برامج اقتصاديات المنح فيما بينها جميعاً أنها تعتمد على وجـود اتفاق أو تعاقد على تدعيم السلوك المرغوب بعد حدوثه :**
بعبارة أخرى فهي عبارة عن تعاقد علاجي مؤداة إبراز سلوك جيد في مقابل تدعيم معين . ولهذا نجـــد كل هذه البرامج تبدأ خطتها بتعريف المريض بشكل مفصل ومحـــدد لأنواع السلوك المرغوب منه القيام بها ، في مقابل تدعيم معين ذو قيمة خاصة لدى المريض . (*Quoted from Bellak and Hersen, 1978)*
والتدعـــيم مفهوم يعني أى فعل يؤدى إلى زيادة في حدوث استجابة معيـــنـــة ، أو تكرارها . وهو يتفاوت من كلمة مدح أو تشجيع إلى إثابة مادية (إعجاب ، تقدير ... الخ) (طعـــام أو نقود) أو إثابات معنوية .
وتلجأ برامج العلاج السلوكي الشاملة إلى استخدام ما يسمى بالتدعيم الإيجـــابي . أى الإثابة وإظهار الاهتمام بعد صدور السلوك المرغوب المتفق عليه مع المرضى من قبل .

٢ - **تـستخدم كـل بـرامج اقتـصاديات المـنح مايـسمى بمـبدأ بـريماك** *Principle premack* : ومـــبدأ بريماك يشير ببساطة إلى أن أى ســـلوك شائع يمكن أن يتحول إلى مدعم لظهور سلوك آخر قليل الشيوع . فمن

خلال السماح بأداء السلوك الشائع أثر القيام بأداء سلوك أقل شيوعاً (ولكنه مرغوب من وجهة نظر الصحة النفسية) ، نجد أن السلوك الأقل شيوعاً (ولكنه مرغوب من وجهة نظر الصحة النفسية) ، يزداد حدوثه وشيوعه للحصول على السلوك الشائع الأصلي *(Premack 1962)* ولتوضيح ذلك ، نعود إلى النموذج الذي قدمناه من قبل اتثاوى *Atthowe* وكريزنر *Krasner (1968)* ففي داخل العنبر الذي قاما فيه بتنفيذ برنامجهما كان :

أ - السلوك الشائع بين المرضى هو الخمول والجلوس طوال اليوم في الكرسى أو المخدع دون القيام بعمل أى شيء آخر . وقد يكون السلوك الشائع في حالات أخرى هو مجرد البقاء طوال اليوم في مشاهدة التليفزيون أو شرب القهوة والشاي

ب - أما السلوك غير الشائع (والمرغوب من وجهة نظر الصحة النفسية) فقد كان في النموذج السابق العمل والنشاط والإيجابية .

جـ -والآن بتطبيق " مبدأ بريماك " قد يعاد ترتيب ظهور هذه الجوانب من السلوك وفرضها بأن يكون الجلوس على الكراسي أو شرب القهوة أو مشاهدة التليفزيون في أوقات معينة بعد أداء بعض الواجبات أو جوانب النشاط المحددة من قبل .

لقد أصبح الاسترخاء والبقاء في العنبر أو حجرة النوم أو مشاهدة التليفزيون مدعماً لسلوك إيجابي آخر هو النشاط ، وأداء الواجبات الروتينية الأخرى مثل تنظيف الحجرة ، وترتيب المخدع .

٣ - **وجود نظام للمنح أو العطاءات *Tokens* الرمزية** : وتقدم هذه العطاءات في أشكال مختلفة فقد تكون في شكل قطع معدنية أو نقاط ، أو نجوم ، أو أشكال ذات ألوان مختلفة كل شكل منها يعبر عن عدد من الوحدات . فإعطاء فيشة مربعة ذات لون أخضر قد يعبر عن خمس وحدات أو نقاط مثلاً .

ولا يختلف معنى هذه الوحدات الرمزية عن المعنى الذي تحمله النقود في المواقف الفعلية بعد تحويل قيمتها إلى قيمة شرائية فعلية .

وتستخدم هذه العطاءات أو " السندات " بدلاً من التدعيمات الملموسة كالطعام أو النقود للتغلب على مشكلة التدعيم الفورى . فمن المعلوم أن تعلم سلوك معين يكون فعالاً عندما يلحق بتدعيم فورى . ففعالية التدعيم تتوقف على طول المدة التي تمر على الشخص وهو لايتلقاه بعد إظهاره للسلوك المرغوب

ونظراً لأنه من غير العملي تقديم التدعيم الفعلى دائماً ، فإن نظام النقاط يسمح بالتغلب على هذه المشكلة بتقديمه فور حدوث السلوك المرغوب .

٤ - **وجود قيمة تدعيمية مساندة لكل منحة رمزية :**

نجد في عالم الاقتصاد الفعلي أن العملة تستمد قيمتها من قدرتها على شراء عدد متنوع من الأشياء بعضها ضرورى وبعضها للرفاهية والاستهلاك وبالمثل فإن برامج اقتصاديات المنح تحاول أن تجعل لكل منحة رمزية ، أو فيشة أو عدد من النقاط قيمة مساندة يمكن من خلالها شراء كثير من الأشياء المدعمة التي قد تكون مادية في شكل أطعمة أو مشروبات ، أو اجتماعية في شكل خروج للزيارة. أو حضور حفلة ترفيه ، أو دينية كالذهاب للمسجد أو الصلاة مع الجماعة ، أو استهلاكية كشراء تحفة ، أو لعبة للتسلية ، وتحتوى غالبية العنابر التي تستخدم برامج من هذا النوع على " كانتين " أو " كافتريا " تحتوى على عدد متنوع من المدعمات المرغوبة من المرضى .

٥ - **ساعات حساب الميزانية :**

تتضمن كل البرامج تخصيص أوقات لحساب ميزانية المرضى ، بحيث يحسب مالهم وما عليهم ويستخدم المعالجون هذه الأوقات لأهداف

علاجية (Tiersen, et al. 1972) لتعليمهم التخطيط والتنظيم والتوعية بما يدور في العالم الخارجي من نظم اقتصادية واجتماعية .

٦ - تكاليف الاستجابة Response cost

بالرغم من أن غالبية برامج العلاج السلوكي الشاملة تستخدم مبدأ التدعيم الإيجابي للسلوك الجيد . فإن الاستمرار في ظهور سلوك غير مرغوب يجب أيضاً أن تكون له تكاليفه ولهذا تتضمن البرامج الحديثة أسلوب تكاليف - الاستجابة ، أي تغريم المريض على ما يصدر عنه من أنماط سلوكية مرضية أو مزعجة (Kazdin, 1972) .

وهناك ما يؤكد أن أسلوب تكاليف الاستجابة يعتبر أسلوباً عقابياً حديثاً ، ويؤدى إلى تناقص ملحوظ في أنواع كثيرة من السلوك غير المرغوب كالسب ، والميل للتهجم ، والتدمير ، والعدوان (Winkler 1970) لكن هناك تعارض فيما يتعلق بكيفية استخدام هذه الأساليب . ويجب أن نوصي بالحد من أو التقليل من استخدام الغرامات أو الجزاءات بسبب ما يمكن أن تؤدى إليه من مشاعر إحباطية ، قد تؤدى إلى عزوف المرضى عن المشاركة في البرامج .

٧ - زيادة دوافع المرضى على المشاركة والتفاعل :

على المعالج أن يتوقع بالطبع أن نسبة من المرضى ستعزف عن المشاركة في برامج العلاج . وتصل نسبة المرضى من هذا النوع من ٧% إلى ١٨% (عن : Hagen, 1975) ولهذا نجد أن غالبية برامج اقتصاديات المنح تحاول وضع بعض الخطط والاقتراحات لتشجيع المرضى على المشاركة بزيادة دوافعهم للمساهمة في البرنامج .

ومن الإجراءات المقترحة لذلك ما يسمى بعملية عرض الاستجابة المرغوبة وشرحها أمام المرضى (Ayllan & Azrin, 1968) ثم إغراء المرضى بتنفيذها ، أو إرغامهم على ممارستها في البداية .

ويستخدم " مبدأ بريماك " بالشكل الذي شرحناه كطريقة لتشجيع المرضى وزيادة دوافعهم على المساهمة ، وعلى سبيل المثال باستخدام هذا

الأسلوب مع مجموعة من المرضى السلبيين في عنبر علاجي بنجاح من خلال حث المرضى على النشاط والعمل باستخدام عدم النشاط والجلوس في العنبر والاسترخاء كمدعم لهذا النشاط. (Hagen, 1975)

وهناك إجراءات أخرى يمكن استخدامها لزيادة دوافع المرضى للمساهمة منها :

أ – التغيير من شكل القيمة التي يتضمنها التدعيم بالتغيير من عدد الوحدات المطلوبة للحصول عليها . فقد يكون من المطلوب الحصول على وحدتين لتحقيق الاسترخاء في العنبر لمدة نصف ساعة في الأسبوع الأول . ولكن قيمة الجلوس قد ترفع إلى ٧ وحدات أو نقاط في الأسبوع الثاني .((Kazdin, 1975

ب – إدماج المريض وتشجيعه على المشاركة في التخطيط للبرنامج وتطوير خططه (Kazdin, 1975) .

جـ – استخدام أسلوب تكاليف الاستجابة عندما يعزف الشخص عن الاستجابة للبرنامج العلاجي (Kazdin, 1975) .

د – وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق نماذج "أو قدوة " جيدة أمام المرضى المتقاعسين (Hagen, 1975) .

حالات ..... ونماذج

الحالة الأولى :

مريض عمره ٦٤ سنة ، مقيم في المستشفي لمدة ١٦ عاماً . مطلق ولديه طفل واحد . كان على قدر لا بأس به من الثراء ، وذا تعليم جامعي . لم يكن يتعاطى أدوية عند تنفيذ البرنامج . تشخيصه الطبى النفسي : فصام ، من النمط الهجاسي *Schizophrenia, delusional type* .

المشكلات السلوكية :

١ – أفكار اضطهادية هجاسية متعددة .

٢ – يحمل دائماً حقيبة ضخمة مليئة بأدوات ، وقصاصات صحف ، ومقالات شخصية، يستخدم القصاصات الصحفية لتأكيد أفكاره الهجاسية .

٣ – يعاني من نقص واضح في المهارات الاجتماعية والعملية .

إجراءات العلاج :

١ – تمت محاولة التغلب على أفكاره الهجاسية من خلال جعل جوانب السلوك الشائعة لديه (مثل السهر بالليل وتناول بعض الأطعمة في منتصف الليل) تالية لتوقفه عن الحديث في موضوعات هجاسية . ولهذا كانت تجرى معه يومياً أربع مقابلات شخصية وقد اتخذ المعالجون من عدد المقابلات التي تضمنت أفكاراً هجاسية محكاً لتحديد الوقت الذي يجب فيه أن يذهب للنوم . فإذا مر اليوم بكامله دون تعرض لموضوعات هجاسية كان يسمح له بالسهر حتى منتصف الليل لتناول الأطعمة التي يريدها . وكان يعطي له – فضلاً عن ذلك – مشروب مفضل .

٢ – أعطى له مكان خاص لوضع أدواته وآلاته التي كان يستخدمها في الفلاحة ، بدلاً من أن يحملها في الحقيبة ، وبدلاً من أن يتركها بحجرة المشرفين كما كانت عادته من قبل خلال الشهور السابقة للبرنامج .

٣ – نظراً لأن المريض كان يهوى التصوير الفوتوغرافي ، فقد ألحق ببرنامج في داخل المستشفي لتشجيعه على الاستمرار في هوايته . وقد كان يمنح عطايا رمزية ونقاط لكل عمل يؤديه في هذا الشأن .

٤ – قدمت له جلسات تدريبية تعليمية تتكون من ١٠ محاضرات لتعليمه بعض المهارات الاجتماعية، وتبادل الحوار . وفتح موضوعات معقولة للنقاش .

٥ - تشجيعه على الاستمرار في هواية " الفلاحة " من خلال العمل في حديقة المستشفي . وكان يمنح لذلك نقطة لكل ربع ساعة يقضيها في هذا العمل .

النتائج :

١ - تناقصت الأفكار الهجاسية خلال أربع أيام إلى أكثر من النصف .
٢ - تناقصت فترات حمل حقيبته الضخمة . ويبدو أن حمل هذه الحقيبة كان مرتبطاً بأفكاره الهجاسية ومخاوفه من سرقة محتوياتها . ولهذا فعندما تناقصت الهواجس قلت المرات التي يحمل فيها حقيبته ، لدرجة أنه كان يترك حقيبته أحياناً دون حراسة لفترات طويلة .
٣ - أخذ يقضي مايقرب من أربع ساعات يومياً في مشاهدة أفلامه وتصليحها .
٤ - أكمل برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية بدروسه العشرة . لكن لم يتم تقييم نتائج هذا البرنامج وأثره على سلوكه الاجتماعي خارج المستشفي .
٥ - تحسنت نوعية عمله في فلاحة الحديقة ، فساهم في تزيين مدخل المستشفي بالزهور.

المتابعة :

بالرغم من أن برنامج علاج الأفكار الهجاسية كان يركز على تقليل محتوى أفكاره الهجاسية في مواقف مقابلة ، إلا أن التناقص في الأفكار الهجاسية بدأ يظهر وتعمم على كل المواقف . وقد لوحظ سلوكه في مواقف خارج المستشفي فتبين تناقص اضطهاداته وهواجسه . وقد لوحظ أن الموضوعات التي كانت تثير حساسيته من قبل ، أصبحت الآن تناقش معه بهدوء دون أن تثير الهواجس المعتادة.

وبتتبع المريض لفترة ١٧ شهراً بعد تسريحه من المستشفي تبين استمراره في التحسن . وبسؤال أسرته وجيرانه توقفت شكاواهم السابقة منه . فضلاً عن هذا فقد استمر في هواية التصوير ، وازدهرت هوايته في

فلاحة الحدائق فأصبحت مصدراً من مصادر الرزق له ، ومن خلالها أتيحت له فرص احتكاك إيجابية اجتماعية بناءة من خلال تفاعله بالآخرين .

الحالة الثانية :

المريض في الثانية والعشرين من عمره ، سبق له الالتحاق مايقرب من ثمان مرات في مستشفيات الأمراض العقلية ، تشخيصه الطبي النفسي : فصام ، نمط هجاسي *Schizophrenia paranoid type* أنهى دراسته الثانوية والتحق بإحدى الكليات المحلية لمدة عام . أعزب ، وقد أبقى خلال إقامته بالمستشفي على جرعة ثابتة يومياً من الدواء *Trifluoperazine* .

المشكلات :

١ – هلاوس سمعية دائمة تتكون من أصوات أنثوية وذكرية تتبادل مدح قوته الجنسية ولعنتها .
٢ – هلاوس بصرية لفتيات .
٣ – محاولة الوصول والامساك بأشياء غير منظورة ، يقول إنها محاولة منه للإمساك بالفتيات اللائى يراهن في هلاوسه .

إجراءات العلاج :

١ – بالنسبة للهلاوس السمعية استخدم معه أسلوب التدريب السلبي *Negative Practice* ، وبمقتضاه كان يطلب منه أن يكرر لمدة نصف ساعة يومياً ولثلاث مرات في اليوم بعض الهلاوس التي كان يسمعها . وقد كانت تحصى هلاوسه يومياً ولمدة أربعة أيام خلال سؤال المريض كل ١٠ دقائق عن الأصوات التي يسمعها.
٢ – بالنسبة للهلاوس البصرية استخدم معه أسلوب التشبع بالمنبه *Stimulus Satiation* وبمقتضاه كان يطلب منه النظر إلى صور فتيات شبيهة بصور الفتيات في الهلاوس البصرية . وقد كانت جلسات التشبع بالمنبه تعقد معه يومياً بصورة دائمة ولمدة ٨ ساعات وأربعين دقيقة .

ولإحصاء عدد المرات التي يرى فيها المريض هلاوسه كان يطلب من المريض أن يحدد ذلك خلال اللقاءات الشخصية التي كانت تعقد معه أربع مرات يومياً لعشر دقائق في كل مرة .

٣ – أما عن محاولته الإمساك والوصول للأشياء غير المرئية فقد استخدم نفس الأسلوب السابق ، الذي طلب من المريض من خلاله أن يكرر هذه الأفعال دون توقف خلال ثلاث جلسات يومياً مدة كل منها نصف ساعة ، وقد تم إحصاء هذه الإيماءات خلال نفس الجلسات .

النتائج :

١ – تناقصت الهلاوس السمعية باعتراف المريض من حوالي ١٣٨ مرة يومياً خلال الأيام التسعة السابقة على تطبيق العلاج إلى متوسط ٨ . ١٢ مرة يومياً خلال الأيام التسعة الأخيرة من البرنامج .

٢ – تزايدت الهلاوس البصرية قليلاً نتيجة للعلاج من ٥ . ٢ في اليوم إلى ٥ . ٣ يومياً.

٣ – نقصت الإيماءات والتلويح باليد ومحاولة الإمساك بأشياء غير مرئية من ١ . ٦ في بداية العلاج إلى اختفاء كامل خلال الجلسات الأخيرة .

تعليق :

١ – نجح أسلوب التمرين السلبي إلى حد ما في التخفيف من حدة الهلاوس السمعية و لم ينجح في التقليل من الهلاوس البصرية ، بل على العكس أدى الاعزاء بالحملقة المستمرة في الصور إلى زيادة في الهلاوس البصرية . أما بالنسبة للحركات والإيماءات فقد نجح الأسلوب تماماً في التخلص منها .

الحالة الثالثة :

المريض في التاسعة والثلاثين ، أعزب ، ومحجوز بالمستشفي لأكثر من ١٠ سنوات في الفترة الأخيرة ، وإن كانت هناك دلائل على أنه قضى

غالبـــية حـــياته في مستـــشفيات الأمـــراض العقلية . منخفض جداً في مستوى الذكاء .

تشخيصه : تخلف عقلي مصحوب بذهان .

المشكلات :

١ – لغة تخاطب غير مسموعة (منخفضة) .

٢ – اللمس والإمساك بصورة دائمة بالمرضى الآخرين والعاملين بالمستشفي .

٣ – مستوى منخفض من النظافة ورعاية الملبس .

٤ – عدم الانصياع لقواعد العنبر ورفض القيام بواجبات عمله بالعنبر .

٥ – تمزيق قميصـــه .

٦ – الهجـــوم الجنسي على الإناث .

٧ – التدخين في أماكن غير مصرح فيها بذلك .

٨ – التبول على مشهد من الناس .

الإجراءات العلاجيـــة :

١ – لمـــساعدته على رفع صوته ، قُدمت له قطع من الحلوى والمدح في كل مـــرة يكرر فيها بعض الجمل بصوت عالي ملائم . وتمت مراقبة النبرة العالـــية مـــن خلال الأحاديث العادية الأخرى ، بمكافآتها وتدعيمها . امـــتدت الخطة بحيث شملت أحاديثـــه في العنبر بشكل عام على أساس تجاهل ما يقول إلا إذا قاله بصوت عالٍ وبشكل واضح مفهـــوم .

٢ – عقـــاب محاولاته باللمس والقبض بضربه على يده مع تدعيمـــه بالمدح والسلام باليد والابتسام عندما لايفعل ذلك .

٣ – لتـــشجيعه علـــى رعاية نفسه صحياً وتدعيم عادات العمل والنظافة ، استخدم معه أسلوب التشكيل بحيث يقسم سلوك أخذ " الحمام " مثلاً إلى عدد من الخطـــوات الصغيرة يمكن القيام بها بشكل متتالي . وعندما ينجح في أداء كل خطـــوة ، كانت تصحح له وتدعـــم بالسجائر وقطع الحلوى .

٤ – في كل مـرة يمـزق فيها قميصـه يغرم على ذلك من خلال أسلوب تكاليف الاستجابة بحيث تؤخذ منه بعض النقاط والمدعمـات وفي كل مـرة يحافظ على قميصه دون تمزيق تعطى له نقط إضافية . ولكن هذا الـبرنامج توقف بعد ٥١ يوماً لأن المريض لم يمزق قميصه لمدة ٩ أيام متتالية . وعاد نفس سلوك التمزيق من جديد بعد ١٠ شهور وفي هذه المـرة استخدم برنامج بسيط بديل يتمثل في منعه من مشاركة الجماعة طعام العشاء في صالة الطعام عندما يكون قميصه ممزقاً.

٥ – تم تـشجعيه علـى القيام بسلوك اجتماعي جيد وتفاعل طيب بالجنس الآخـر . ولهـذا كـان يـشجع على الحديث والكلام مع المريضات الأخـريات مـع عقابـه بالضرب على اليد في كل مرة يحاول اللمس بطريقة جنسية .

٦ – لم تـنجح أسـاليب العقاب التي استخدمت معه لمنعه من التدخين في الأماكن المحظـورة أو التبول في الأماكن العامـة .

٧ – لم يعط أية أدوية خلال فترة تنفيذ الخطة العلاجيـة .

النتائج :

١ – من حيث ارتفاع نبرة الحديث زادت نبرة الحديث ارتفاعاً ، وأصبحت مخارج الألفاظ أكثر وضوحـاً .

٢ – تـناقص سـلوك اللمـس والقبض باليد على الآخرين تناقصاً ملحوظاً انخفض عدد مرات اللمس يومياً ٩٠% .

٣ – نجح معه أسلوب التشـكيل بحيث أخذ يقوم الآن بكل واجبـاته لدرجـة وصلـت ١٠٠% بعد تسريحه من المستشفي . كذلك تحـسن مظهره لدرجة أنه أصبح يقوم بأخذ حمام يومي ويمشط شعره ويحلق ذقنه يومياً ، وهو ما لم يكن يفعله قبل الخطة العلاجيـة .

٤ – توقف تماماً عن تمزيق هدومـه .

٥ – توقف أيضاً عن اللمس والهجوم الجنسي على الأخريات . ونتيجة لهذا التحسن ... توقف تنفيذ الخطة بالنسبة لهذا المريض لخروجه من المستشفي .

المتابعة :

نُقل المريض إلى عنبر آخر للمتحسنين بالمستشفي . وللمحافظة على منجزاته السلوكية ، تم تدريب العاملين بالوحدة الجديدة بالاستمرار في خطة التدعيم . وقد أشارت التقارير بعد انتهاء سنة من تحويله إلى استمرار نجاحه في التوقف عن جوانب سلوكه المريضة مثل اللمس ، والسلوك الجنسي غير اللائق ، وتمزيق هدومه .

مناقشة :

لقد نجحت الخطة العلاجية مع هذا المريض فتحول من شخص أشعث ، قذر ، مصدر للضيق إلى شخص جديد لكل من كان يعرفه من قبل بالمستشفي ، ومقبول بكل معايير القبول في مستشفي للأمراض العقلية .

الحالة الرابعة :

المريض : في الثانية والخمسين من العمر ، فصامي محجوز بمستشفي الأمراض العقلية لثلاثة وعشرين عاماً متتالية . كان يعمل محاسباً بإحدى الشركات قبل إصابته بالفصام والالتحاق بالمستشفي .

المشكلات :

١ – لمس المرضى والعاملين .

٢ – الاستيلاء على سجائر المرضى الآخرين والعاملين ، ومشروباتهم وأطعمتهم وممتلكاتهم الأخرى .

٣ – فقر المظهر الخارجي بما في ذلك عدم تصفيف شعره أو حلاقة ذقنه أو غسل وجهه وتنظيف ملابسه وترك يديه دون غسيل ودون قص أظافره .

٤ – رفض القيام بالنشاطات المطلوب منه القيام بها يومياً في حجرته أو في العنبر .

الإجراءات العلاجية :

١ - بالنسبة للمشكلتين ١ ، ٢ للتغيير من طريقة المريض في اللمس والاستيلاء على ممتلكات الآخرين استخدم برنامج من العقاب يقوم على ضرب يديه في كل مرة يحاول أن يلمس أو يستولي على شيء . وبالرغم من أن محاولات الاستيلاء على أشياء الآخرين قد تضاءلت فإن سلوك اللمس ظل دون تغيير مما أدى إلى وضع خطة جديدة تقوم على تدعيمه عندما يتوقف عن اللمس وليس على عقابه عندما يلمس . وبهذا كانت تحسب له نقطة عن كل ١٥ دقيقة يحاول فيها اللمس . وبالطبع كان من الممكن استبدال هذه النقاط الرمزية فيما بعد إلى مدعمات فعلية مثل القهوة أو السجائر عن كل ٤ نقاط متراكمة .

ولتشجيعه على تكوين عادة جيدة معارضة لسلوك اللمس والقبض على ممتلكات الآخرين بطريقة غير لائقة وضعت خطة أخرى يقوم من خلالها العاملون بالمستشفي على تحيته بالسلام باليد لخمس مرات يومياً . وذلك لتشجيعه على التفاعل الاجتماعي والحصول على اهتمام الآخرين بطريقة اجتماعية لائقة .

٢ - أما فيما يتعلق بالمشكلات ٣ ، ٤ فقد وضع له برنامج اقتصادي منحي بحيث يكافأ من خلاله عن كل مرة يقوم لسلوك من شأنه التحسين من مظهره بإعطاء نقاط *Token* لكل مرة يحلق فيها ذقنه أو يسوى سريره أو يقص أظافره . وكانت هذه النقاط تستبدل فيما بعد بمدعمات فعلية .

٣ - لم تتغير كميات الدواء خلال فترات العلاج .

النتائج :

تناقص سلوك اللمس بما يقرب من ٢٨% خلال فترة التنفير ازداد التناقص في هذا السلوك إلى ٩٢% عندما استخدم أسلوب التدعيم والتحية باليد خلال الفترات التي لايلمس فيها أحد .

وبالمثل نقص سلوك القبض على ممتلكات الآخرين والاستيلاء عليها بما يقرب من ٥٥% في مرحلة التنفير " أى الضرب على اليد " وازداد التناقص إلى ٩٦% خلال مرحلة التدعيم بالسلام باليد .

وبالمثل ارتفع ميل المريض إلى القيام بالنشاطات المطلوبة منه إلى تنفيذ ٧% من التماسات العاملين له لعمل ذلك بعد أن كان لاينفذ شيئاً على الإطلاق .

تعليق ومناقشة :

بالرغم من أن العقاب بالضرب على اليد أدى إلى نقص في السلوك غير المرغوب إلا أن التدعيم الإيجابي كان أفضل في نتائجه فضلاً عن هذا فإن العقاب كان يؤدي إلى آثار جانبية منها ميل المريض إلى العزلة ، والعناد وعدم التعاون طوال اليوم الذي كان ينفذ فيه العقاب بصفع اليد . ولهذا توقف هذا الأسلوب معه .

ولتحسن المريض حُوّل إلى وحدة أخرى في المستشفي وتدل التقارير على أنه لم يستمر في التحسن فحسب ، بل ازداد تحسنه نتيجة لأن المرضى الآخرين في الوحدة الجديدة كانوا أصغر وأقدر على حماية ممتلكاتهم.

الحالة الخامسة :

المريض : فصامي في الواحدة والأربعين من عمره أعزب ، وأنهى دراسته الإعدادية ، فمحجوز بالمستشفي خلال الـ ٢٩ عاماً الأخيرة لم تتخللها إلا فترات متقطعة لاتزيد عن ثلاث سنوات في مجموعها من الحياة خارج أسوار المستشفي . لم يكن يتلقى أى أدوية خلال فترة الخطة العلاجية هذه .

المشكلات السلوكية :

١ - الافتقار إلى تأكيد الذات مع الآخرين ، فمثلاً كان يسهل على الآخرين استغلاله ، وإغرائه بتبذير نقوده وسجائره وملابسه وكان يعجز عن رفض إغراءاتهم أو أن يؤكد حقوقه .

٢ – الافتقار إلى المظهر الجيد ، فهو دائماً يبدو غير حليق اللحية ، مرتدياً ملابس قذرة وغير مرتبة وشعر رأسه دائماً أشعث غير مصفف .

٣ – عدم الانصياع لقواعد العمل في العنبر .

الإجراءات العلاجية :

١ – تدريب المريض على الاستجابة الواثقة الملائمة خاصة في مواقف واضحة تتضمن تأكيد المريض لحقوقه ، مع تدعيمه وتشجيعه كلما بدا واثقاً ومتأكداً من نفسه، والتدعيم كان يتم بشكل مدحه أو الربت على ظهره .

ومن أمثلة المواقف التي استخدمت معه لزيادة ثقته بنفسه ما يأتى :

أ – العاملة في كانتين المستشفي تتجاهل طلب سبق للمريض وأن أمرها بإحضاره وقد كان المريض يشجع من قبل أحد الطلاب المرافقين له على تكرار طلبه بأدب للعاملة الواقفة .

ب – في موقف آخر تقدم العاملة للمريض مشروباً ساخناً بينما كان قد طلب من قبل مشروباً بارداً . المعالج يشجع المريض على أن يطلب العاملة بأدب وأن يكرر طلبه لها راجياً منها إعادة ما قدمته من قبل وإحضار طلبه الأصلي .

٢ – بالنسبة للمشكلتين ٢ ، ٣ كان المريض يعطي منحاً رمزية (نقاط) في كل مرة ينتهي منها من أداء عمل خاص بتحسين مظهره (كالحلاقة) أو العمل في العنبر " تنظيف المطبخ " .

النتائج :

١ – زاد مستوى تأكيد الذات نتيجة للتشجيع والحث على ذلك بنسبة ٩٥ % وعندما انتقل المريض إلى مواقف فعلية أتم التحسن كما هو .

٢ – بالرغم من أن التدريب على تأكيد الذات تم في مواقف لا علاقة لها بالمشكلة الأصلية وهي استغلال المرضى له وعجزه عن رفض طلباتهم غير المعقولة ، إلا أن المريض نجح في رفض طلبات زملائه للحصول على سجائره أو نقوده .

٣ – أدى أسلوب اقتصاد المنح إلى التحسين من مظهره الخارجي بزيادة ٨٠ % . فضلاً عن ذلك فقد نجح المريض في القيام بواجباته على العنبر بزيادة ٨٠% من ذي قبل . بالرغم من أن مستوى نظافة حجرته بقى على ماهو عليه .

تعميم الاستجابات ومتابعتها :

للتأكد من أن قدرته على تأكيد الذات مستمرة ، فقد تمت محاولتان مماثلتان لجلستي التدريب على تأكيد الذات (الخدمة السيئة وتجاهل طلباته) " وتقديم مشروب ساخن بدلاً من طلبه الأصلي " ، وذلك خارج المستشفي . وقد نجح المريض بتشجيع من المعالج في طلب مشروب مختلف عن مشروب سبق له طلبه.

وكتتويج لهذه الإنجازات نجح المريض في الحصول على عمل كساع في مؤسسة قريبة ضخمه . وبتتبعه لفترة ٩ شهور ، تبين أنه لازال مستمراً في تحسنه ، وأنه يؤدى عمله بنجاح ، وأصبح قادراً على استخدام المواصلات العامة لزيارة والدته خلال عطلة نهاية الأسبوع ، ولم يوجد مايدل على أن الآخرين كانوا يستغلونه .

المناقشة :

تبين هذه الحالة أن التدريب على تأكيد الذات في موقف قد يؤدى إلى الاستمرار في المواقف الأخرى التي لم يشملها التدريب . ومن الممكن التدريب على تأكيد الذات من خلال المحاكاة وملاحظة الآخرين والتدعيم لسلوك المريض عندما ينجح في ذلك ، ويتضح أيضاً من هذه الحالة أن التدريب على تأكيد الذات أدى إلى ظهور تغيرات صحية أخرى في التمريض منها حصوله على عمل وخروجه من المستشفي . ويشير هذا إلى ضرورة الاهتمام بتدريب التأكيد على الذات في مستشفيات الصحة العقلية لما في ذلك من نتائج إيجابية .

الحالة السادسة :

المريضة : فتاة فصامية في السادسة عشرة من عمرها قضت حياتها كلها تقريباً في المستشفيات العقلية . شديدة التخلف في الذكاء ، وتفتقد إلى استخدام أي لغة للتوصل السليم ، تعجز بشكل عام عن رعاية نفسها ، وقضاء حاجاتها الضرورية بشكل مستقل .

تشخيصها : فصام طفولة .

المشكلات السلوكية :

١ - القيام بسلوك يؤدى إلى الضرر بالنفس مثل :
   أ - ضرب الجسم والرأس بشدة .
   ب - حك الأذن وهرشها لدرجة الاحمرار والإدماء .
   جـ - الخدش والخربشة الشديدة للوجه والجسم .
٢ - الصراخ .
٣ - العجز عن ضبط البول والبراز .
٤ - الافتقاد للغة معبرة لها معنى .

الإجراءات العلاجية :

١ - صدمات كهربائية مؤلمة ولكنها غير ضارة توجه للذراع في كل مرة تحاول فيها إيقاع الأذى بنفسها . وقد كانت هذه الصدمات تطبق في البداية أثر الخربشة ، ثم أثر الخربشة وضرب النفس ، ثم بعد أي سلوك ضار بالنفس
٢ - استخدام أسلوب آخر يقوم على : توجيه العاملين بتوليهم عنها واعطائها ظهورهم ، والانصراف عنها في كل مرة تؤذي نفسها .
٣ - حرمانها من الاهتمام الذي تلقاه نتيجة محاولتها الإضرار بنفسها بوضعها ساعتين منفردة في حجرة بعيدة بعد كل محاولة للإضرار بالنفس . وبذلك لم تكن تتلقى تدعيماً لا من المرضى الآخرين ولا من العاملين .. و لم تكن هناك إلا طاقة صغيرة زجاجية في الحجرة تمكن من مراقبتها من أجل أي أخطار محتملة . وبعد نهاية الساعتين كان يسمح لها بالخروج من العنبر لمدة خمس دقائق تزداد تدريجياً كلما

أظهـرت سلوكاً لايدل على الإضرار بالنفس . فإذا عادت إلى نفس السلوك كانت تعاد للحجـرة وبعد ١١ يوم سُمح للمريضة أن تبقى في الحجرة ١٦دقيقة فقط إثر كل حادثة اعتداء على النفس ، زيدت لمدة ساعتين عن كل حادثة بعد ستة أيام .

٤ - تم تسجيل صراخها على جهاز تسجيل وكان يدار لها بصوت مرتفع لمدة نصف ساعة ثلاث مرات يومياً . وذلك بقصد تنفيرها من صراخها المـزعج . وقد توقف استخدام هذا الأسلوب بعد ستة أيام ، وأعطيت لها بدلاً من ذلك جرعة " كوينين " مرة إثر كل نوبة صراخ . وبعـد ذلـك تم تجاهل الصراخ من قبل العاملين حتى انتقالها لوحدة أخرى في المستشفي.

٥ - اسُـتخدم أسلوب التدعيم الرمزى من خلال المنح في كل مرة تذهب فيها المريضة للمراحيض لقضاء حاجتها ، وفي كل مرة تفشل في ضبط تـبولها أو تـبرزها كانت تغرم على ذلك بسحب نقطة أو نقطتين من المـدعمات الـسابقة ، وكان العاملون يصرون على أن تتولى تنظيف قاذوراتها .

٦ - تدريـبها علـى اسـتخدام لغة الإشارات *Sign Language* من خلال مدرسة لذلك ، لتعليمها بعض الإشارات النافعة والدالة على الرغبة في الأكـل أو الـشرب أو الـذهاب للمرحاض . وفي كل مرة تنجح في استخدام بعض الإشارات الدالة على اتفاق لغة الإشارات كانت تكافأ فورياً بقطع من الحلوى .

٧ - لم تعـط أى أدوية خلال فترات الخطـة العلاجيـة .

النتـائج :

١ - لم تـؤد الصدمات الكهربائية إلى تغيير يذكر في السلوك الضار بالنفس فيما عدا الإنقاص من خدش الأذن .

ازداد عدد مرات ضرب النفس والخربشة أثر الصدمات الكهربائيـة .

تجاهـل السلوك الضار بالنفس أدى إلى زيادة في مقدار ضرب النفس وخربـشة الأذن . بالنسبة لأسلوب العزل في حجرة منفصلة تفاوتت النتائج :

ففي خلال الأيام الأحد عشر التي كانت تعزل خلالها ساعتين ثم يطلق سـراحها لمـدة خمس دقائق كانت تضرب نفسها ٧٥ مرة يوميا ، مع خربشة الأذن لمرة واحدة . وعندما تغير هذا الأسلوب فكانت تعزل لـ ١٥ دقـيقة زاد الضرب إلى ٣٢٥ مرة يومياً مع ١١ مرة من الخربشة لـلأذن ، وعندما عاد المعالجون من جديد إلى ساعتين من العزل وصل ضـرب الـنفس إلى قمته وهو ٨٨٤ مرة يومياً ثم أخذ يتناقص إلى أن اختفـي تمامـاً بعد أسبوع واستمر منخفضاً لمستوى الصفر بعد ذلك لعشرين يوماً .

٢ – لم يؤد أسلوب تسجيل الصراخ وإسماعه لها و لم يؤد (الكوينين) إلى أى آثار للتوقف عن الصياح . لكن التجاهل أدى إلى اختفاء الصراخ .

٣ – تناقصت مرات العجز عن ضبط التبول والتبرز ، ولكن ذلك لم يختف تماماً .

٤ – تعلمت مايقرب من ثمان إشارات نتيجة التدريب على لغة الإشارات . وبذلك استطاعت أن تطلب أن تأكل أو تطلب أشياء أخرى ضرورية .

المتابعـة :

أعيدت المريضة للوحدة الأصلية ، وبتتبعها تبين للأسف نكوص تمثل في العودة إلى الأضرار بالنفس ، ويبدو أن السبب في ذلك هو عجز العاملين علـى العنـبر الأصلي عن استخدام أسلوب العزل في حجرة منفصلة بطريقة فعالـة .

مناقشـة :

لم تـبين البيانات التي ذكرناها حتى الآن لماذا تحسنت المريضـة ؟ هل بـسبب العـزل والحـرمان مـن التدعـيم الاجتماعي ؟ أم بسبب التدعيم لســلوكها الإيجابي عـنـدما كانت تقضي حاجاتها بنفسها في الحمام ، أن

السبب هو التدعيم الاجتماعي الذى كانت تتلقاه من إحدى الطلبات عندما تتوقف عن إصدار سلوك ضار بالنفس ؟ أم بسبب اتساق العاملين والمشرفين في تطبيق القواعد السلوكية المتفق عليها ؟ .

ومن الطريف – مع ذلك – أن العقاب بالصدمة الكهربائية لم يكن فعالاً ربما لأن المريضة كانت اعتادت على العقاب من قبل . وبالتالي فقد العقاب فاعليته .

الخلاصـــة

يـشرح هـذا الفـصل قواعد تنفيذ أحد أهم برامج العلاج النفسي وأكثرها شمولاً على الإطلاق هو: اقتصاديات المنح. وتقوم مناهج اقتصاديات المنح على مبادئ نظرية التعلم ، وترتكز على نفس قواعد العلاج السلوكي ، إلا أنها تطبق في إطارات أكثر اتساعا ، وعلى جماعات متنوعـة .

ويتضمن التخطيط لأى برنامج من برامج اقتصاديات المنح عدداً من الخطـوات منها : تحـديد جوانب السلوك المطلوب تعديلها بطريقة نوعيـة ومحـددة تحديـداً دقـيقاً . ثم تحديـد المدعمـات المرغوبة من كل مريض . ويتضمن كل ذلك وضع وسائل للتبادل "فيشات" أو ماركات تستخدم . لمكافـأة جـوانب الـسلوك النوعية المرغوبة عند ظهورها . ثم استخدام كل الوسـائل الممكـنة بعـد ذلك لتدعيم جوانب السلوك المرغوب ، أو اختفاء الأشكال المرضية منه .

وتـتفق جمـيع برامج اقتصاديات المنح بالرغم من تنوعها في عدد من النقاط منها :-

١ - التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب بعد ظهوره .
٢ - الاستـفادة "بمـبدأ بريماك" الذى يتخذ من أي سلوك شائع مدعماً لظهور سلوك آخر أقل شيوعاً .
٣ - وجود نظام للمنح أو العطاءات الرمزيـة .
٤ - وجود قيمة تدعيمية مساندة لكل منحة رمزية .
٥ - ساعات لحساب الميزانيـة .
٦ - تكاليف الاســتجابة .
٧ - زيادة دوافع المرضى على المشاركة والتفاعل .

وينتهي هذا الفصل بعرض ست حالات لفئات مختلفة من المرضى العقليين من ذوي الاضطرابات السلوكية المتنوعة التي تتفاوت لتشمل : الهواجس المرضية ، الهلوسات العنف والعدوان والانسحاب والانزواء الشديد ، والتخلف العقلي ، النقص في المهارات اللغوية .

وفي عرضنا لكل حالة حاولنا أن نكشف عن الإجراءات المنهجية المستخدمة والتي تشمل:

١ - الوصف النوعي والتحديد الدقيق للمشكلات .

٢ - وسائل قياسها وتقديرها .

٣ - وسائل العلاج المستخدمة .

٤ - نتائج العلاج والتغيرات السلوكية التي تطرأ .

٥ - المتابعة لهذه التغيرات .

ومن خلال تتبع هذه الحالات الست ، والأساليب التي استخدمت في علاج المشكلات السلوكية لها ، ينقل هذا الفصل للقارئ هدفه الرئيسي وهو : أنه توجد لدينا الآن مناهج علاجية فعالة تستطيع أن تواجه بالحل كثيراً من المشكلات النفسية والعقلية المستعصية على الحل بالطرق الطبية التقليدية كالكهرباء والعقاقير . وتتفاوت هذه المشكلات لتشمل الأمراض النفسية والعقلية بما فيها المشكلات الحادة للمرضى النفسيين والعقليين من فصام ، واكتئاب ، وهوس .

المراجـــــع

١) *إبراهيم (عبد الستار):* العلاج النفسي الحديث : قوة للإنسان ، الكويت : عالم المعرفة ، وزارة الثقافة الكويتية ، ١٩٨٠ .

٢) ــــــــــــــــ: البحث عن القوة : الاتجاه التسلطي في الشخصية والمجتمع . القاهرة : المركز العربي للبحث والنشر ١٩٨٤ .

٣) ــــــــــــــــ: الإنسان وعلم النفس . الكويت : عالم المعرفة ، وزارة الثقافة الكويتية ، ١٩٨٥ .

٤) أبوحطب (فـــؤاد): تقنين اختبار المصفوفات المتتابعة على البيئة السعودية . السعودية ، مكة المكرمة : مطبوعات مركز البحوث التربوية والنفسية بجامعة أم القرى ، ١٩٧٩.

٥) إسماعيل (عماد) ، ملكية (لويس) :مقياس وكسلر بلفيــو لذكاء الأطفال .القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٦٧ .

٦) جابــر (عبد الحميد) فخر الإسلام (محمد) . قائمة أيزنك للشخصية . القاهرة : دار النهضة العربية

٧) جـــــــلال (سعد): أداء بعض الفئات الإكلينيكية على اختبار الرورشاخ . المجلة الاجتماعية القومية ، مجلد ٢ ، عدد ١٩٦٥.

٨) الزيـــادي (محمود) : علم النفس الإكلينيكي . القاهرة : الأنجلو ، ١٩٦٩

٩) السيد(عبد الحليم محمود) : الإبداع والشخصية . القاهرة : إدارة المعارف ، ١٩٧١ .

١٠) ــــــــــــــــ : آفاق جديده في دراسة الإبداع . الكويت : وكالة المطبوعات ، ١٩٧٩

١١) راجـــح(أحمد عزت): الأمراض النفسية والعقلية : أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية . القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٥.

١٢) روتـــر (جوليان) : علم النفس الإكلينيكي .ترجمة عطية محمود هنا . القاهرة : دار الشروق ، ١٩٨٤ .

١٣) زهـــران (حامد) : الصحة النفسية والعلاج النفسي .القاهرة : عالم الكتب ، الطبعة الثانية ، ١٩٧٨.

١٤) سعود (بزة عبدالعزيز: العلاقة بين مستوى التوكيدية والمستوى التعليمي رسالة ماجستير مقدمة لكلية التربية بجامعة الملك سعود ١٩٨٤ (إشراف عبد الستار إبراهيم) .

١٥) سلامه (ممدوحة)، عسكر (عبد الله) : علم النفس الإكلينيكي ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، ١٩٩٢.

١٦) صـادق (فـــاروق) : سيكولوجية التخلف العقلي .السعودية : مطبوعات جامعة الملك سعود ، ١٩٨٢ .

١٧) طـــــــــه (فرج) : العلاقة بين الإصابات فى الصناعة والصحة النفسية للذكاء . رسالة ماجستير كلية الآداب . جامعة عين شمس ، ١٩٦٥.

١٨) عبد الخالق (أحمد) : استخبارات الشخصية : مقدمة نظرية ومعايير مصرية . القاهرة. دار المعارف: ١٩٨٠

١٩) عبد الـخـالق (أحمد) : قائمة مسح المخاوف - كراسة تعليمات . الإسكندرية : دار المعارف الجامعية ، ١٩٨٤

٢٠) عسكر (عبد الله) : الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص ، مكتبة الأنجلو

المصرية ، القاهرة ، ١٩٨٨ .

٢١) عسـكر (عبد الله) : الإدمان بين التشخيص والعلاج ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٠٥ .

٢٢) عسكر(عبدالله) ، عبدالقادر (حسين) : برنامج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه – الإصدار الثاني- برمجة م. هاني الكمار ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ٢٠٠٤ .

٢٣) غالي (محمد أحمد) : دراسة مقارنه لبعض أبعاد الشخصية باستعمال مقياس أيزنك فى البيئة الكويتية . الكويت : مطبعة حكومة الكويت، ١٩٧٥.

٢٤) فراج (محمد فرغلي): سمات الشخصية وعلاقتها بأساليب الاستجابة . رسالة دكتوراه . كلية الآداب . جامعة القاهرة ، ١٩٦٩.

٢٥) لازاروس، ريتشـارد : . الشخصية . ترجمة السيد غنيم ، القاهرة : دار الشروق ، ١٩٨١

٢٦) ملكية (لويس) : علم النفس الإكلينيكي . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١٩٧٧.

٢٧) ملكية (لويس كامل) إسماعيل (عماد الدين) : مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية ، ١٩٥٧.

٢٨) مليكة (لويس كامل) إسماعيل (عماد الدين) هنا (عطيه): الشخصية وقياسها . القاهرة : مكتبة تنهضه المصرية ، ١٩٥٩

٢٩) مليكـة، لويـــس : اختبار الشخصية المتعددة الأوجه ،دليل الاختبار – مثبت فيكتور كرلس ، ط ٥، ١٩٩٧.

٣٠) مليكـــة، لويـــس : اختبار بينيه – الصورة الرابعة ، القاهر ، دار النهضة العربية ، ١٩٩٨.

٣١) هنا (عطية) ، هنا (سامي): علم النفس الإكلينيكي، القاهرةدار النهضة ١٩٧٤.

٣٢) ياســين (عطـــوف) : علم النفس العيادي . بيروت : دار العلم للملايين ، ١٩٨١

33) ***American Psychiatric Association***. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, 4th. ed. DSM IV. Washington, DC.

34) ***American Psychological Association.*** Ethical standards of Psychologists. Washington, D.C.: American Psychological Association, 1953.

35) ***American Psychological Association***. Case book on ethical standards of psychologists. Washington. D.C.: American Psychological Association, 1967.

36) ***American Psychological Association.*** Ethical Standard of psychologists. Washington, D.C.: American Psychologists, 1963, 18.56-50.

37) ***Anastasi, A,*** Psychological testing. 4th ed.. New York: Macmillan, 1976.

38) ***Atthowe, J. M***. Treating the hospitalized person. In W.E. Craighead, A. E. Kazdin. and J.M. Mahoney (Eds.) Behavior modification: Principles, issues, and application. Boston, Houghton, 197.

39) ***Atthowe, J. M., and Krasner, L.A.A.*** Preliminary report on the application of contingent reinforcement procedures, J. of Abnormal Psychology, 1968, 73.37;43.

40) ***Aylon, T., and Azring, N.H.*** the token economy; A motivational system for the rapy. New York: Appleton Century, 1968.

41) ***Aysenck, H. J. and Eysenck, S.B.G.*** Manual of the Eysenck.

Personality Questionnaire. San Diego Educational and Industrial Testing Services, 1975.

42) ***Bandura, A.*** Principles of behavior modification. New York: Holt, 1969.
43) ***Bandura, A.,*** et-al. Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective and attitudinal changes. J. of personality and Soc. Psychol. 1969, 13, 173-199.
44) ***Beck, A.T.*** Depression: Causes a treatment. Philadelphia; University of Pennsylvania, 1972.
45) ***Beck, A. T.*** Cognitive therapy and emotional disorders. New York: New American Library, 1979.
46) ***Bellak, A.S., and Hersen, M.*** Behavior modification: An introductory textbook. New York: Oxford University Press, 1978.
47) ***Butcher, J.N.,*** Dahlstrom, W.G. Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemer, B. (1989): Manual for the restandardized Minnesota Multiphasic personality Inventory: MMP 9-2: University of Minnesota, 1989
48) ***Cattal, R.*** The scientific analysis of personality London: Penguin, 1965.
49) ***Cleckley, H.*** The mask of sanity St. louis; Montana: Mosby, 1964.
50) ***Colby, K.M.*** a primer for psychotherapists. New York; Ronald Press, 1951.
51) ***Coleman, J.C.*** Abnormal psychology and mode life, SK, ln. Glenview, LII: Scott foresman, 197.
52) ***Collins, R. D. Illustrated manual of neurological diagnosis. Philadelphia: Lippincott, 1962.***
53) ***Cotlib, I. & Hammen, C. :*** Psychological Aspects of Depression: Towards a cognitive Interpersonal integration. Chichester: Wilay (1992).

54) ***Cralghead, W. E., Kazdin, A. E., and Mahoney. J.*** Behavior modification: Principles, issues, and applications. Boston: Houghton Mifflin, 1976.

55) ***Crowcraft, A.*** the psychotic: Understanding madness. London: Penguin, 1967.

56) ***Danieli, Y., Loew.*** c.A., and Grayson, H. Gestalt Therapy, In C.A. Loew et, al. (Eds.) Three Psychotherapies: A clinical Comparison. New York: Bruner Mazel, 1975.

57) ***Davison, G.C., and Noale, J. M.*** Abnormal psychology: An experimental clinical approach. New York: John Wiley, 1974.

58) ***Doleys, D. M., and Bruno, J.*** Treatment of childhood medical disorders. In A. Bellak, M. Hersen, and A. Kazdin (Eds). International handbook of behavior modification. New York, Plenum. 1983.

59) ***Dollard, J., and Miller, N.E.*** Personality and Psychotherapy. New York: McGraw Hill, 1950.

60) ***Ellis, A.*** Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lyle Stewart, 1962.

61) ***Ellis, A.*** Cognitive approaches to behavior therapy. J. of psychiatry. 1968.8.896 - 899.

62) ***Ellis, A.*** Rational - emotive therapy. The Counseling psychologist, 1977, 7.1,2-27.

63) ***Emmelkamp, P.M.G. Anxiety*** and fear. In A. Bellak, M. Hersen, and A.E. Kazdin (Eds.) International handbook of behavior modification and Therapy. New York: Plenum, 1983.

64) ***Eysenck, H.J.*** Classification and the problem of diagnosis. In H.J. Eysenck (Ed. (Handbook of Abnormal psychology, London: Pitman, 1960).

65) ***Eysenck, H.J.*** You and Neurosis. Glasgow: William Collins, 1978.

66) ***Eysenck H.J., and Eysenck, S.b.G.*** Manual of the Esysenck personality Inventory. San Diego: Educational and Industrial

Testing Services, 1968.

67) ***Eysenck, H.J., and Eysenck, S.B.G.*** Manual of the Eysenck Personality Questionnaire, Junior and Adult. London: Hodder and Stoughton, 1975.

68) ***Eysenck, H.J. and Eysenck, S.B.G.*** Manual of the Eysenck personality Questionnaire. San Diego Educational and Industrial Testing Services, 1975.

69) ***Frank, J.D.*** Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. New York: Schocken, Books, 1961.

70) ***Gilbert, T.*** Clinical psychological tests in psychiatric and medical practice. Illinois, Springfield: Charles Thomas, 1969.

71) ***Golderfield, M. R., and Advison, G.C.*** Clinical behavior therapy. New York: Holt, Rinehart, and Winston, 1876.

72) ***Goldfried, M.R.*** Converging themes in Psychotherapy trends in psychodynamic, humanistic, and behavior practice. New York, N.Y.: Springer, 1982.

73) ***Graham, F.K., and Kendall, B.S.*** Memory for Design Test: Revised general manual. Precept. Mot. Skills, 1960, 11, 147-188.

74) ***Gurman, A.S.*** Therapeutic mood patterns and therapeutic facilitativeness. J. of Counseling psychology, 1972, 19, 169-170.

75) ***Gynther, M.D., and Gynther, R.A.*** Personality inventories. In I.B. Weiner (Ed.) Clinical methods in Psychology. New York: Wiley 1976.

76) ***Hagen, R.*** Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. Schizophrenia Bulletin, Summer, 1975, 60-96.

77) ***Hare, R.D.*** Psychopathic behavior. In H.E. Adams and W.K. Boardman (Eds.) Advances in experimental clinical psycho. New York: Pergamon, 1971.

78) ***Hartman, D.P., and Wood, D.*** Observational methods. In A.s. Bellak, M.Hersen, and A.E. Kazdin (Eds.) International

handbook of behavior modification and therapy.

79) ***Hathaway, S.R.*** Where have we gone wrong? The mystery of the missing progress, In J.N. Butcher (Ed.). Objective personality assessment. New York: Macmillan, 1985.

80) ***Heckel, R.B., Wiggins, S.L, and Salzberg, H.*** Conditioning against silence in group therapy. J. of Clinical psychology, 1962, 8, 216 - 217.

81) ***Hendlin, H.*** suicide: a review of new directions in research. Hospital and Community psychiatry. 1986, February, Vol. 37,148-145.

82) ***Henry, W. E., Sims, J.S., and Spray, S.L.*** Mental health professionals in Chicago in J.M. Schlien (Ed.) Research in psychopathology, Vol. 3, Washington, D.C.: American Psychological Association. 1968.

83) ***Hersen, M., Eisler, R. M., Smith, B.S., and Agras, W.S.A.*** Token reinforcement ward for young psychiatric patient. American J. of Psychiatry, 1972, 129 228 - 33.

84) ***Hersen, M., Eisler, R.M., Alford, G.S. and Agras, W.S.*** Effects of token economy on neurotic depression. Behavior Thereby, 1973, 392 - 396.

85) ***Houck, J.E., and Hansen, J.C.*** Diagnostic interviewing. In R.H. Wood and J.D. Woody (Eds) Clinical assessment in counseling and psychotherapy. Englewood cliffs: Prentice Hall, 1972.

86) ***Ibrahim, A - S.*** Extraversion and neuroticism across cultures. Psychological Reports, 1979, 44, 799 - 803.

87) ***Ibrahim, A - S.*** The factorial structure of the Eysenck personality Questionnaire among Egyptian University Sc. J. of Psychology, 1982, 112, 221 - 226.

88) ***Imber, S.D., Glanz, L.M., Elkin, I., Sotsky. S. M., Boyer, J.L., and Leber, W.R.*** Ethical issues in psychotherapy research, American psychologist, 1986, 41 No 2, 137 - 146.

89) ***Jacobson, E.*** Progressive relaxation. Chicago: University of Chicago Press, 1938.

90) ***Jahnson, W.R.*** Basic interviewing skills. In C.E. Walker (Ed). Clinical practice in psychology. New York: Pergamon, 1981, PP. 83 - 128.

91) ***Jones, M.C.*** The elimination of children fears. J. of Experimental Psychology. 1924, 31, 308-310.

92) ***Jones, M.*** Social Psychiatry in Practice. London: Penguin Books, 1968

93) ***Kalish, H.I.*** Behavior therapy. In B.B. Wolman (Ed.) Handbook of clinical psychology. New York : McGraw Hill, 1965.

94) ***Kass, D.J., Silver, F.M., and Abrams, G.M.*** Behavioral group treatment of hysteria. Archive of General Psychiatry, 1972, 26, 42, 50.

95) ***Kazdin, A.E.*** Response cost. Behavior Therapy. 1972, 3, 533, 546.

96) ***Kazdin, A.E.*** Recent advances in token economy research. In Hersen, R.M. Eisler. and P.M. Miller (eds). Progress in behavior modification. New York: Academic Press, 1975.

97) ***Kazdin, A.E.*** Behavioral modification in applied settings. Homewood, III.: Dorsey Press, 1975.

98) ***Kazdin, A.E.*** History of behavior modification. In A. S. Bellak, M. Hersen, and A.E. Kazdin (Eds). International handbook of behavior modification and therapy New York: Plenum, 1983.

99) ***Kelly, G.a. and Goodberg, L.R.*** Correlates of later performance and specialization in psychology. Psychological Monograph, 1959, 73, No 12) whole No 482).

100) ***Kendall, P.C., and Norton - Ford, J.d.*** Clinical psychology: Scientific and professional dimensions. New York, N. Y.: John Wiley, 1983.

101) ***Kendall, R.E.*** The classification of depressive illness. London: Oxford University, 1968.
102) ***Klopfer, B., Ainsworth, M., Klopfer, W., and Holt, R.*** Develo-pment in the Rorschach Technique, Harcourt, Brace and World, 1954.
103) ***Korchin, S.J.*** Modern clinical psychology. - New York: Basic Books, 1976.
104) ***Kraeplin, E.*** Psychiatry, 8th ed.. Leipzig: Thieme, 1913.
105) ***Krasner, L.*** Behavior therapy: On roots, context and growth. In G. Wilson and C.M. Franks (Eds.). Contemporary behavior therapy. New York: The Guilford Press. 1982.
106) ***Lazarus, A.*** Group therapy of phobic disorders by systematic desensitization. J. of Abnormal and Social psychology, 1961 63, 202-210.
107) ***Lazarus, A.*** Behavior rehearsal US. nondirective therapy Vs. advice in effecting behavior change. Behavior Therapy and Research, 1966, 4, 209 - 212.
108) ***Lazarus, A.*** Behavior therapy in groups. In G. M. GOZDA (Ed.). Basic approaches in group psychotherapy, Springfield: III. C.C. Thomas, 1968 (149 - 175).
109) ***Lazarus, A.*** Behavior therapy and beyond. New York: Mcgraw Hill, 1971.
110) ***Lemma, A.*** Introduction to psychopathology. Sage Pub. London, Thousand Oaks & New Delhi. 1996.
111) ***Lick, J.R., and Katkin, E.S.*** Assessment of anxiety and fear. In M. Hersen and A.s. Bellak (Eds). Behavioral assessment: A practical Handbook. Oxford, England: Pergamon. 1978.
112) ***Lieberman, R.B.*** et. al. Intervention with psychotic behavior. In K.s. Calhoun. et. al. (Eds.) Innovative treatment methods with psychopathology. New York. Wily, 1974.

113) ***Lubin, B., Larsen, R. M., and Matarazzo, J.D.*** Patterns of psychological test usage in the Unites States. American Psychologist, 1984, 39, 451 - 454.

114) ***Lubin, B., Larsen, R.M., and Matarazzo, J.D. and Seever, M.*** Psychological test usage patterns in five professional settings. American psychologist, 1985, 40, 857 - 861.

115) ***Lubin, B.*** Manual for the Depression Adjective check lists. San Diego, Calif.: Educational Industrial Testing Services, 1967.

116) ***Lubin, B., Wallis, R.R., and pain, C.*** patterns of psychological test usage in the U.S.: 1935 - 1969. Professional psychology, 1971,2, 70-74.

117) ***Mackay, D.*** Clinical Psychology: Theory and therapy. London: Methuen, 1975.

118) ***Maronne, R.L., Merksamer, M.A., and Salzberg, P.M.*** Short duration group treatment of smoking behavior. Behavior Research and Therapy, 1970. 8, 347 - 452.

119) ***Matarazzo, J.D.*** Wescler's measurement and appraisal of intelligence, (5th En). Baltimore: Williams and Wilkins, 1972.

120) ***Matussek, P., and Feil., W.B.*** personality attributes of depressive patients. Archive of General psychiatry, 1983, 40, No 7. 738-795.

121) ***Meltzoff, J., and Kornreich, M.*** Research in Psychotherapy. Chicago, III.: Aldine - Atherton, 1981.

122) ***Miller, H. R. and Nawas, M.M.*** Control of aversive stimulus termination in systematic desensitization. Behavior Research and Therapy, 1970, 8. 56 - 61.

123) ***Miller, W.R., and Seligman, M.E.P.*** Depression and the perception of reinforcement. J. of Abnormal psychology. 1973,82 62-73.

124) ***Moreno, J.L.*** Psychodrama and group psychotherapy. Sociometry. 1946, 19.

125) ***Moreno, J.L.*** Psychodrama. In S. Arieti (Ed). American handbook of psychiatry. Vol. 2. New York: Basic Books, 1959.

126) ***Murray, H.*** Thematic Apperception Test Manual. Cambridge Masse: Harvard University, 1943.

127) ***National Institute of Mental Health.*** Report of the Research Task Force. Research in the Service of Mental Health. DHEW Publications No. (ADM) 75 - 236 1975.

128) ***Osborn, A.*** Applied Imagination. New York: Scribner, 1957.

129) ***Paul, G. L.*** Insight Vs. desensitization in psychotherapy. University Press, 1966.

130) ***pehm, L.*** Assessment of depression. In M. Hersen and Bellak, (eds.). Behavioral assessment Oxford, England: Pergamon, 1978.

131) ***Penrose, T.S., and Raven, J.C.*** A new series of perceptual tests British J. of Medical Psychology, 1963, vol. 16,2.

132) ***Pervin, L.a.*** Personality: Theory assessment, and research. New York: John Wiley. 1975.

133) ***Pepper, G., and Ryglewicz, H.*** Guidelines for treating the young adult chronic patient. The information Exchange On Young Adult Chronic Patients. January, 1986, Vol III, No. 1, 1-5.

134) ***phares, J.*** Clinical Psychology: Consents. methods. and profession. Homewood, Illinois: The Dorsey Press, 1979.

135) ***Pope, B., and Scott, W.H.,*** Psychological alagnosis in clinical practice. New York; Oxford University Press, 1967.

136) ***Pope, B., and siegman, A. W.*** Interview specificity and topical focus in relation to interviewee, productivity. J. of Verbal Behavior, 1965, 4, 188-192.

137) ***Premack, D.*** Reversibility of the reinforcement relation. Science 1962, 163, 255 - 257.

138) ***Rathus, S.a. A. 30 -*** Items schedule for assessing assertive

behavior - Behavior therapy, 1973, 4. 398-406.

139) ***Raven, J.C.*** Colored progressive matrices. London: H.K. Lewis, 1962.

140) ***Raven, J.C.*** Advanced progressive matrices. London: H.K. Lewis, 1962.

141) ***Reitan, R.M., and Davison, L.a.*** Clinical neuropsychology current status and application. New York Winston M Wiley, 1974.

142) ***Reven, J.C.*** Guide to the standard progressive matrices sets. London: H.K. Lewis, 1960.

143) ***Rogers, C.*** The clinical treatment of the problem child. Boston: Houghton, Mifflin, 1939.

144) ***Rogers, C.*** Client - centered therapy, Boston: Haughton Mifflin, 1951.

145) ***Rogers, C.*** Carl Rogers on encounter groups. New York : Harper and Row, 1970.

146) ***Rorschach, H.*** Psychodiagnostics. New York; Grune and Straton, 1942.

147) ***Rose, S. D.*** In pursuit of social competence. Social Work 1975, 20, 33 - 40.

148) ***Rose, S.*** Group therapy, Englewood Cliffs, New Gersey: Prentice Hall, 1977.

149) ***Rosenhan, D.L.*** On being sane in insane places. Sciences, 1973, 197, 109.

150) ***Ruggles, T.R., and Leblanc, J.M.*** Behavior analysis procedures in classroom. In A. Bellak. M. Hersen and A. Kazdin (Eds.) International Handbook of behavior modification. New York; Plenum. 1938.

151) ***Ryan, V., and Gizzyonki, M.*** Behavior therapy in retrospect. J. of consulting and clinical psychology, 1971, 37, 1- 19.

152) ***Sattler, J. M.*** Assessment of children's intelligence, Revised reprint. Philadelphia; W.B. Saundres. 1974.



153) ***Seligman, M.E.*** Depression and learned helplessness. In R.J. Friendman and M.M. Katz (Eds) The psychology of depression. Washington, D.C.: Wiley, 1975.
154) ***Skinner, B. F.*** Science and human behavior, New York: Macmillan, 1953.
155) ***Sloane, R.B., Staples, F.R., Cristol, A.H, Yorkston, N.J., and Staats, A.W., and Staats, C.K.*** Complex human behavior: A systematic extension - of learning principles, New York: Holt, Rinehart and Winston, 1963.
156) ***Strup. H.H.*** Psychotherapy: Research practice and public policy. American Psychologist. 1986. 41. No 2, 120-130.
157) ***Strupp, H.H.*** On the basic ingredients of psychotherapy. psychotherapy and Psychosomatics 1974, 24,249 - 290.
158) ***Sundberg, N. D. Assessment of persons. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1977.***
159) ***Sundberg, N.D., Tyler, L., and Taplin, J.R.*** Clinical Psychology: Expanding horizons. Englewood cliffs. New Jersey: Prentice Hall, 1973.
160) ***Szaz, T.*** The myth of mental illness, American psychologist, 1960, 15, 113 - 118.
161) ***Talland, G.E., and Clark, D.H.*** Evaluation of topics in. Therapy group discussion. J. of Clinical Psychology, 1954, 10, 131 - 137.
162) ***Tallent, N.*** Psychological report writing. Englewood, Cliffs, N.J.: Prentice Hall, 1976.
163) ***Tolman, E.C.*** Purposive behavior in animals and men, Berkely: University of Calif., Press, 1949.
164) ***Truax, C.B., and Carkhuff, R.R.*** Toward effective counseling and psychotherapy. Chicago: Aldine, 1967.
165) ***Turkington, C.*** Therapy: Phoenix gathering looks at progress in field since Freud. APA Monitor, March, 1986, P.2 0.

166. ***Vanreken, M.K.*** Psychological assessment and report writing in C.E. Walker (Ed.) Clinical practice of Psychology. New York: Pergamon, 1981.

167. ***Watson, J., and Rayner, R.*** Conditioned emotional reactions. J. of Experimental psychology, 1920, Vol. 3., 1-14.

168. ***Weiner, I.B.*** Individual psychotherapy, In 1. B. Weiner (Ed). Clinical methods in psychology. New York: Wiley - interscience, 1976.

169. ***Weschler, D.*** Weschler Intelligence Scale for Children. New York: Psychological Corporation, 1949

170. ***Weschler, D.*** The measurement and appraisal of adult intelligence scale. Baltimore: William and Wilkins, 1958.

171. ***Weschler, D.*** Manual: Weschler Intelligence Scale for Children Tevised. New York: Psychological Corporation, 1974.

172. ***Whipple; K.*** Psychotherapy, V.S. Behavior therapy. Cambridge Harvard University Press, 1975.

173. ***Wilson, G. T., and Franks, C.M.*** Contemporary behavior therapy. New York: The Guilford Press, 1982.

174. ***Wolberg, L.R.*** The technique of psychotherapy. 2nd Edn. New York: Grune and Stration, 1967.

175. ***Wolpe, J., Lang, P.J.*** A fear survey schedule for use in behavior therapy. Behavior Research and Therapy, 1964, 2, 27 - 30.

176. ***Zelin, M.L.*** Validity of the ***MMPI*** scales for measuring psychiatric dimensions. J. of Consulting and Clinical psychology. 1971, 37. 286-190.

177. ***Zuckerman, M., and Lubin, B.*** Multiple affect adjective Check List. San Diego: Educational and Industrial, Testing Services: 1965.



{ الملاحق }

١ - تصنيف الاضطرابات العقلية وفق دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM- IV

٢ - نموذج لأحد تمارين الاسترخاء العميق .

٣ - نموذج لأحد استمارات ملاحظة السلوك في العنبر العلاجي .

٤ - اختبار المدعمات .

ملحـق (١)

دليل دليل التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية للجمعية الأمريكية للطب النفسي *DSM IV*

يعتمـد التشخيص في الطب النفسي على دليلين رئيسين ، وهما :

(١) دليل التشخيص الإحصائي الرابع ***Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders*** الصــادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، وينبغى العلم بأن هناك دليل التشخيص الأول والثاني والثالث ومراجعاتهم ، إلا أن أحدثها هو ذلك الدليل الصادر عام ١٩٩٤ .

(٢) دليل التشخيص الدولي العاشـر :

International Classification of Disease (ICD 10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية ***W.H.O.***

ونظراً لشيوع استخدام الدليل الإحصائي فلسوف نعرض في هذا الفصل عرضاً موجـزاً للتصنيفات الواردة وفقاً لآخر إصـدار إلا أنه ينبغى معرفة المحاور ***Axis*** التشخيصية الأساسية التي يأخذها الطبيب النفسي والأخصائي النفسي في الاعتبار عند قيامه باستخدام دليل التشخيص ، وهى خمسة محاور على النحو التالي :

محـاور التشـخيص

المحـور الأول : الاضطرابات الإكلينيكيـة :

مع الحالات الإكلينيكية التي يمكن أخذها في الاعتبار :

* الاضطرابات التي يتم تشخيصها عادة في الطفولة المبكرة ، ومرحلة الصبى والمراهقة (باستثناء التخلف العقلي الذى يتم تشخيصه في المحور الثانى) .
* الهذيان ، والعته ، والأمنيازيا أو اضطراب الذاكرة والنسيان والاضطرابات المعرفية الأخرى .

* الاضطرابات العقلية التي تعود إلى اعتبارات طبيـة عامة .
* الاضطرابات المرتبطـة بتعاطي المواد لمؤثرة نفسياً أو السـلمـة .
* الفصـام والاضطرابات الذهانيـة الأخرى .
* اضطرابات الحالة المزاجيـة .
* اضطرابات القلـق .
* الاضطرابات النفسية الجسمية (اضطرابات عضوية ذات منشأ نفسي) .
* اضطرابات تصنع المرض أو ادعاء المرض *Factitious disorders* .
* الاضطرابات الانشقاقية .
* اضطرابات الجنس والهويـة الجنسـية .
* اضطـرابات الطعـام .
* اضطــرابات النـــوم .
* الاضطرابات الاندفاعية القهرية أو فقدان السيطرة ، لم يتم تصنيفها .
* اضطرابات التوافق .
* اعتبارات إكلينيكية أخـرى .

المحـور الثاني : اضطرابات الشخصية والتخلف العقلي :

* اضطـراب الشـخصية البارنويديـة .
* اضطراب الشخصية الفصاميـة .
* اضطراب الشخصية الشبفصامية (ذات النمط الفصامى *Schizotypal*) .
* اضطراب الشخصية المضـادة للمجتمع .
* اضطـراب الشـخصية الهســـتيريـــة .
* اضطـراب الشـخصية النرجســـــية .
* اضطراب الشخصية التجنبيـة *Avoidant* أو الانزوائيـة .
* اضطـراب الشـخصية الإعتماديـــة .

* اضطراب الشخصية الوسواسية القهرية .
* التخلـف العقلـى .

المحـور الثالـث : الحالات الطبيـة العامـة :

* الأمراض المعديـة أو البكتيريـة .
* الأورام *Neoplasms* .
* الاضطرابات الهرمونية ، وأمراض سوء التغذية ، والاضطراب الأيضي أو التمثيل الغذائى .
* أمراض الدم .
* أمراض الجهاز العصبى وأعضاء الحس .
* أمراض الجهاز الدوري (الدورة الدموية) .
* أمراض الجهـاز التنفسـي.
* أمراض الجهاز الهضمي .
* أمراض الجهاز البولي التناسلي *Genitourinary* .
* مضاعفات الحمل ، والولادة ، وما بعد الولادة .
* الأمراض الجلديـة والأنسـجة تحت الجلديـة .
* أمراض الجهاز العضلي والأنسجة الرابطـة .
* التشوهات الخلقيـة *Congenital Anomalies* .
* إصـابات عضوية أثناء فترة الحمـل .
* الأعراض ، والعلامات لأمراض محـددة .
* الإصابات العضوية والتسـمم .

المحـور الرابـع : المشكلات النفسية الاجتماعية والوسط المعاش :

وهذا من أهم المحاور ويشتمل على التالي :

(١) مشكلات مع الجماعة الداعمة الأولى : مثل (موت أحد أعضاء الأسرة ، وجود مشكلات صحية بالأسرة ، تمزق الأسرة بالانفصال ، الطلاق ، أو الإساءة للمريض ، الحماية الوالدية الزائدة ، إهمال الطفل ، عدم كفاية النظام الأسرى ، التنافر مع الأخوة ، ميلاد طفل جديد في الأسرة) .

(٢) مشكلات مرتبطة بالوسـط الاجتماعي : مثل (فقدان أو موت شخص عزيز أو صديق ، عدم كفاية الدعم والمساندة الاجتماعية ، الوحدة ، صعوبات مع أساليب الحياة المعاشة ، أو الثقافة ، مشكلات التمييز وخاصة التمييز العنصري ، التوافق مع دورة الحياة الانتقالية مثل "التقاعد") .

(٣) المشكلات التربويـة أو التعليميـة :

مثل مشكلات التحصيل ، عدم الانسجام مع المدرس أو الفصل ، عدم كفاية المناخ أو البيئة المدرسـية .

(٤) مشـكلات العمـل : مثل البطالة ، التهديد بفقد الوظيفة ، زيادة الإجهاد أو ضغط العمل ، التعرض لأعمال صعبة ، عدم الارتياح مع الوظيفة ، تغيير الوظيفة ، عدم الانسجام مع المدير أو زملاء العمل .

(٥) مشكلات السكن أو الإقامة : مثل عدم وجود منزل ، عدم كفاية المنزل ، عدم أمانة الجيران ، عدم الانسجام مع الجيران أو مالك السكن .

٦ - المشكلات الاقتصادية : مثل ، الفقر المتقـع ، عدم كفاية الدخل المادي ، عدم كفاية الدعم الاقتصادي لتحقيق الرفاهيـة .

٧ - مشكلات مع خدمات الرعاية الصحية الطارئة (الإسعاف) : مثل عدم كفاية الرعاية الصحية ، عدم توفر سبل الانتقال إلى مراكز الرعاية الصحية ، عدم كفاية التأمين الصحي .

٨ - مشكلات مرتبطة بالتعامل مع النظام القانوني والجريـة : مثل (الاعتقال ، أو الاحتجاز (الحبس) ، التقاضي، أن يكون الفرد ضحية أو مجرماً .

٩ - مشـكلات نفسـية اجتماعية أو بيئيـة أخـرى :

مثل : التعرض لكارثة ، قيام الحرب أو عدوان آخر ، عدم الانسجام مع الأشخاص القائمين بالرعاية غير الأسرية مثل المرشد العلاجي ، الباحث الاجتماعي ، الطبيب ، وعدم توفر وكلاء للخدمة الاجتماعية .

وينبغى على القائم بالتشخيص أن يحـدد أى من هذه المشكلات تكون موجودة مع ترتيب أهميتها .

المحـور الخامس : التقييم الشامل للأداء الوظيفي للحالـة :

ويترك هذا المحور لتقييم الإكلينيكي وفقاً لحكمـه على الأفراد بصفة عامة ، على أن تكون هذه الأحكام من الأهمية والتي تعود بالفائدة في وضع خطة العلاج وكيفية تنفيذها والنتائج التي يمكن أن تترتب عليها مستقبلاً . وينبغي أن يعتمد الفاحص في هذه الحالة على مقاييس التقييم الشامل *Global Assessment of functioning (GAF).*.

وخاصة مقياس تقييم الأداء الاجتماعي والعمل .

Social and Occupational functioning Assessment Scale (SOFAS)

ومقياس تقـييم الأداء الشـامل للعلاقات

Global Assessment of Relational functioning (GARF).

ومقياس الأداء الدفاعي

Defensive functioning Scale (DFS)

ثانياً : تصنيف الاضطرابات النفسية وفقاً لدليل التشخيص الأحصائي الرابع :

قبل عرض هذه التصنيفات ينبغى معرفة أن لكل اضطراب رقم كودى خاص به ولسوف نعرض الرقم أمام كل تصنيف ، ويفيد هذا الرقم في لغة التخاطب الرسمية بين الأطباء النفسـيين ويعتبر كدليل للكشف عن أساس التشخيص ومراجعتـه مع الدليل التشخيصى إذا تطلب الأمر ذلك بالإضافة إلى وضع التصنيف كما جاء في مصدره الأصلي باللغـة الإنجليزية .

أولاً : الاضطرابات التي لها تشخيص سابق في مرحلة الطفولة والصبي أو المراهقة :

التخلف العقلي :

٣١٧,٠ تخلف عقلي خفيف .

٣١٨,٠ تخلف عقلي متوسط .

٣١٨,١ تخلف عقلي شديد .

٣١٨,٢ تخلف عقلي جسيم أو عميق *Profound* .

٣١٩,٠ تخلف عقلي لم تتحدد شدته (غير محدد) .

اضطرابات التعلم :

٣١٥,٠ اضطراب القدرة على القراءة .

٣١٥,١ اضطراب القدرات الحسابية .

٣١٥,٢ اضطراب القدرة على التعبير الكتابي .

٣١٥,٩ اضطرابات تعلم لم يسبق تشخيصها (غير محدد).
(NOS) Not Otherwise Specified

اضطراب المهارات الحركية :

٣١٥,٤ اضطراب التآزر النمائي .

اضطرابات التواصل :

٣١٥,٣١ اضطراب القدرة على التعبير اللغوي .

٣١٥,٣١ اضطراب القدرة على التبادل اللغوي أو استقبال الرسالة اللغوية

٣١٥,٣٩ اضطرابات القدرة الصوتية .

٣٠٧,٠٠ اضطراب الفأفأة أو التأتأة *Stuttering* .

٣٠٧,٩ اضطرابات تواصل لم يسبق تشخيصها (غير محددة)*(NOS)* .

اضطرابات نمائية :

٢٩٩٫٠ . اضطراب الذاتوية – التوحد (أن يظل الطفل متمحوراً على ذاته *Autistic* .

٢٩٩٫٨ اضطراب ريتس *Rett's disorder* .

٢٩٩٫١٠ اضطراب عدم التكامل النمائي في مرحلة الصبا .

٢٩٩٫٨٠ اضطراب أسبرجر *Asperger's* .

٢٩٩٫٨٠ اضطرابات نمائية غير محددة *(Non Specific)* .

اضطرابات قصــور الانتباه والسلوك التخريبي :

×× ٣١٤٫٠٠ اضطراب قصور الانتباه / والنشاط الزائد .

٠١ر النمط المتحـد .

٠٠ر النمط المسيطر على المبادأة .

٠١ر نمط السيطرة بالاندفاعية الزائدة .

٣١٤ ٩ر اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد غير المعين .

٣١٢٫٨ اضطراب صعوبة الانقيـاد .

النمط المحدد : في الصبى النمط الهجومي أو التهجمي .

· وفي المراهقـة النمط التهجمـى *Onset* .

٣١٣٫٨١ اضطراب التحـدى والمعارضة أو التطرف .

٣١٢٫٩ اضطراب السلوك التدميري غير المعـين .

اضطرابات التغذية والطعام في المهد أو الطفولة المبكرة :

٣٠٧٫٥٢ البيكا *Pica* أكل الأشياء الغريبة مثل الشعر والأوراق والطين .

٣٠٧٫٥٣ اضطراب اجترار الطعام *Rumination* .

٣٠٧٫٥٩ اضطراب التغذيـة غير المحـدد .

اضطراب اللزمات الحركيـة *Tic Disorders* أو الحركات العصبية اللاإرادية

٣٠٧٫٢٣ اضطراب توريت *Tourett's Disorder*

٣٠٧٫٢٢ اضطراب حركي مزمـن .

٣٠٧٫٢١ اضطراب حركي لا إرادي عابر يتحدد إذا كان هناك حركة واحدة تعاود الحدوث .

٣٠٧٫٢٠ اضطرابات حركية لا إرادية غير معينـة .

اضطرابات الإخراج والتخلص من الزوائد *Elimination Disorders* :

٠٠٫٠ التبرز اللاإرادي *Encopresis*

٧٨٧٫٦ مع التحكم اللاإرادي والعجز عن التحكم في العضلات القابضة .

٣٠٧٫٧ بدون التحكم اللاإرادي والعجز عن التحكم في العضلات القابضة .

٣٠٧٫٦ التبول اللاإرادي *Enuresis*(الذى لايعود إلى أسباب طبية).

اضطرابات أخرى في الطفولة والصبا أو المراهقـة :

٣٠٩٫٢١ اضطراب قلق الانفصال وخاصة الانفصال المبكر والمتعمد .

٣١٣٫٢٣ الصمت أو الخرس الاختياري (في بعض المواقف مثل المدرسة أو العمل) .

٣١٣٫٨٩ اضطراب التعلق التفاعلي في الطفولة أو الصبا وخاصة نمط المكفوف وغير المكفوف

٣٠٧٫٣ اضطراب المداومة على الحركة وعدم الاستقرار وخاصة مع سلوك إيذاء النفس .

٣١٣٫٩ اضطراب طفولة أو صبي أو مراهقة غير معين .

ثانياً : الهذاء ، والعتـه ، وفقدان الذاكرة أو النسيان واضطرابات معرفية أخرى

الهـــذاء *Delirium* :

٢٩٣٫٠ هذاء ناتج عن ..... (أسباب طبية محـددة) .

-ر--- الهذاء الناتج عن التسمم العقاقيرى وفقاً لاستخدام أنواع معينة من المواد المخدرة أو الكحول أو غيرها .

-ر--- الهـذاء كعرض من الأعراض الإنسحابية التي تعود إلى استخدام المخدرات أو المسكرات وما شابهها.

-ر--- الهـذاء الذى يعود إلى أسباب مرضيـة متعـددة.

٧٨٠ر٠٩ الهذاء غير المعين.

العتـة *Dementia* :

××ر٢٩٠ العته الذى يعود إلى نمط مرض الزهايمر *Alzheimer's Type* ، مع ظهوره المبكر وهو يأخذ الكود الرقمى ٠ر٣٣١ في محور التشخيص الثالث.

١٠ر	غير المعقـد.
١١ر	المصحوب بالهـذاء.
١٢ر	المصحوب بالهواجس والأوهـام *Delusions*.
١٣ر	المصحوب بالمزاج المكتئب وخاصة مع الاضطرابات السلوكية
××ر٢٩٠	العته الزهايمرى مع ظهور متأخر، ويأخذ الرقم ٠ر٣٣١ مرض الزهايمر في محور التشخيص الثالث.
٠ر	غير المعقـد.
٣ر	المصحوب بالهــــذاء.
٢٠ر	المصحوب بالهواجـس.
٢١ر	المصحوب بالمزاج المكتئب وخاصة مع الاضطرابات السلوكية.
××ر٢٩٠	العته الوعائى (الناتج عن إصابة الأوعية الدموية بالمخ).
٤٠ر	غير المعقـد.
٤١ر	المصحوب بالهـذاء.
٤٢ر	المصحوب بالهواجـس.
٤٣ر	المصحوب بالمزاج المكتئب، مع الاضطراب السلوكى.

٢٩٤٫٩	العته الناتج عن الإصابة بمرض نقص المناعة المكتسب *(HIV)* ، ويأخذ أيضا الكود رقم ١ر٠٤٣ في إطار آثار عدوى مرض نقص المناعة على الجهاز العصبي في محور التشخيص الثالث .
٢٩٤٫١	العته الناتج عن صدمات الرأس ، ويأخذ الكود رقم ٠٠ر٨٥٤ في إطار الجراحات الرأس في محور التشخيص الثانى .
٢٩٤٫١	العته الناتج عن مرض باركنسون ***Parkinson's Disease*** ويأخذ الكود رقم ٤ر٣٣٣ مرض باركنسون في محور التشخيص الثالث أيضاً .
٢٩٤٫١	العته الناتج عن الإصابة بمرض هنتجتون (الالتهاب السحائى) ويأخذ أيضاً الكود رقم ٤ر٣٣٣ ، مرض هنتجتون ***Huntington's, Disease*** .
٢٩٠٫١٠	العته الناتج عن مرض بك *Pick's D.* ، ويأخذ أيضاً الكود رقم ١ر٣٣١ مرض بك في محور التشخيص الثانى .
٢٩٠٫١٠	العته الناتج عن الإصابة بمرض ياكوب كرتشفيلد ***Creutzfeldt-Jakob Disease*** ، ويأخذ أيضاً الكود رقم ١ر٠٤٦ في محور التشخيص الثالث .
٢٩٤٫١	العته الناتج عن حالات طبية لم تذكر فيما سبق ، ولها الرقم الكودى في محور التشخيص الثالث .
---ر--	العته المستمر الذى تبرزه العقاقير ويعود إلى استخدام المواد المؤثرة نفسياً وبكود خاص .
---ر--	العته الذى يعود إلى أسباب مرضية متعددة .
٢٩٤٫٨	العته غير المعين .

اضطرابات التذكر :

٢٩٤٫٠	اضطرابات التذكر التي تعود إلى أسباب طبية عامة إما أن تكون عابرة أو مزمنة
---ر--	اضطرابات التذكر التي يبرزها تعاطى المواد المخدرة بصورة مستمرة .

--ر---	اضطرابات تذكر غير معينـة .

اضطرابات معرفية أخـرى :

٩ر٢٩٤	اضطرابات معرفية غير معينـة .

ثالثاً : الاضطرابات العقلية الناتجة عن حالات طبية عامة لم تتحدد في مكان :

٨٩ر٢٩٣	الاضطراب الكتاتوني أو التخشبي الناتج عن حالات طبية عامة .
١ر٣١٠	تغير الشخصية نتيجة لحالات طبية عامة ، وتتحدد بالنمط المتغير غير المستقر *Labile* النمط غير المكفوف ، النمط العدوانى ، النمط غير المبالي أو البارد *Apathetic* النمط الاضطهادى ، أنماط أخرى ، أنماط متحدة ، أنماط غير محددة
٩ر٢٩٣	اضطرابات عقلية غير معينة تعود إلى حالات طبيـة عامـة .

رابعاً : الاضطرابات الناتجـــة عـــن اســـتعمل المـــواد المؤثرة نفسياً

(الإدمان أو التعاطي للمخدرات والمسكرات والمواد الأخرى) .

الاضطرابات الكحوليـة

اضطراب تعاطى الكحـول :

٩٠ر٣٠٣	الاعتماد على الكحـول .
٠٠ر٣٠٥	سـوء استعمل الكحـول .

الاضطرابات الناتجة عن الاستعمل أو الاعتماد الكحولى :

--ر٣٠٣	التسـمم الكحولي .
٨ر٣٩١	الأعراض الانسحابية للكحول وبخاصة مع اضطرابات الإدراك .
٠ر٣٩١	هـذاء التسـمم الكحولي .
٠ر٣٩١	هذاء الانسحاب الكحولي (الأعراض الإنسحابية) .
٢ر٣٩١	العتـه الناتج عن الاستعمال الكحولي .
١ر٣٩١	النسيان الناتج عن الاستعمل الكحولي .

٣٩١٫×	الذهــان الكحولــي .
٫٥	المصحوب بالهواجــس .
٫٣	المصحوب بالهلاوس .
٣٩١٫٨	اضطرابات المزاج الناتجة عن الاستعمل الكحولـي .
٢٩١٫٨	اضطرابات القلق الكحوليـة .
٢٩١٫٨	اضطرابات الوظيفـة الجنسية الكحولي .
٢٩١٫٨	اضطرابات النوم الكحوليـة .
٢٩١٫٩	اضطرابات ناتجـة عن الكحولية غير معينـة .

اضطرابات استخدام المنشطات أو مثيلاتها (الأمفيتامينات وما شابهها):

اضطراب استخدام المنشطات :

٣٠٤٫٤٠	الاعتماد على المنشـطات .
٣٠٥٫٧٠	ســوء اســتعمل المنشـطات .

الاضطرابات الناتجـة عن استعمل المنشطات :

٢٩٢٫٨٩	التسمم بالمنشطات وبخاصة مع اضطرابات الإدراك .
٢٩٢٫٠	الأعراض الإنسحابية للمنشطات .
٢٩٢٫٨١	هذاء التســمم بالمنشـطات .
٢٩٢٫××	الاضطرابات الذهانية الناتجة عن استعمال الأمفيتامين (المنشطات) .
٫١١	مصحوبة بالهواجـس .
٫١٢	مصحوبة بالهلاوس .
٢٩٢٫٨٤	اضطرابات المزاج الناتجـة عن استعمل المنشـطات .
٢٩٢٫٨٩	اضطرابات القلق الناتجـة عن استعمل المنشطات .
٢٩٢٫٨٩	الاضطرابات الجنسية الناتجة عن استعمل المنشطات .
٢٩٢٫٨٩	اضطرابات النوم الناتجـة عن استعمل المنشطات .

٢٩٢ر٩ اضطرابات ناتجة عن استعمال المنشطات غير معينـة .

الاضطرابات المرتبطة باستعمال الكافيين (Caffeine) :

الاضطرابات الناتجـة عن استعمال الكفايين :

٣٠٥ر٩٠ التسـمم الكفايينـى .

٢٩٢ر٨٩ القلق الناتج عن تعاطى الكفاييـن .

٢٩٢ر٨٩ اضطرابات النوم الناتجـة عن تعاطـى الكفاييـن .

٢٩٢ر٩ اضطرابات مرتبطـة بتعاطـى الكافيين غير معينـة .

الاضطرابات المرتبطـة بتعاطي الحشـيـش :

اضطرابات استعمال الحشيش :

٣٠٤ر٣٠ الاعتماد على الحشيـش .

٣٠٥ر٢٠ سـوء استعمال الحشيش .

الاضطرابات الناتجـة عن تعاطي الحشـيـش :

٢٩٢ر٨٩ التسـمم بالحشيش مصحوب باضطراب الإدراك .

٢٩٢ر٨١ الهذاء الناتج عن التسـمم بالحشيش .

٢٩٢ر××× الاضطـرابات الذهانية الناتجة عن الحشيش .

١١ر مصحوبة بالهواجس .

١٢ر مصحوبة بالهلاوس .

٢٩٢ر٨٩ اضطراب القلق الناتج عن الحشيش .

٢٩٢ر٩ اضطراب مرتبط بالحشيش غير معين .

الاضطرابات المرتبطـة بالكوكايين *Cocaine* (عقار منشـط) :

اضطراب استعمال الكوكايين :

٣٠٤ر٢٠ الاعتماد على الكوكايين .

٣٠٥ر٦٠ سوء استعمال الكوكايين .

الاضطرابات الناتجة عن استخدام الكوكايين :

٢٩٢٫٨٩	التسمم بالكوكايين مع اضطراب الإدراك .
٢٩٢٫٠	الأعراض الإنسحابية للكوكايين .
٢٩٢٫٨١	الهذاء الناتج عن الأعراض الانسحابية للكوكايين .
٢٩٢٫××	الاضطراب الذهانى الناتج عن الكوكايين .
٫١١	مع الهواجس .
٫١٢	مع الهلاوس .
٢٩٢٫٨٤	اضطراب المزاج الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢٫٨٩	اضطراب القلق الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢٫٨٩	اضطراب الوظائف الجنسية الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢٫٨٩	اضطراب النوم الناتج عن الكوكايين .
٢٩٢٫٩	اضطراب ناتج عن الكوكايين غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بتعاطى المهلوسات ***Hallucinogen*** :

اضطرابات استعمال المهلوسات :

٣٠٤٫٥٠	الاعتماد على المهلوسات .
٣٠٥٫٣٠	سوء استعمال المهلوسات .

الاضطرابات الناتجة عن المهلوسات :

٢٩٢٫٨٩	التسمم بالمهلوسات .
٢٩٢٫٨٩	اختلالات الإدراك المرتبطة بالمهلوسات (الفلاش باك أو الأرجاع الإدراكية)
٢٩٢٫٨١	الهذاء الناتج عن التسمم بالمهلوسات .
٢٩٢٫××	الاضطراب الذهانى الناتج عن المهلوسات .
٫١١	مع الهواجس .
٫١٢	مع الهلاوس .

٢٩٢٫٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن المهلوسـات .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب القلق الناتج عن المهلوســات .

٢٩٢٫٩ اضطراب ناتج عن المهلوسات غير معين .

الاضطرابات المرتبطة باستنشاق المواد الطيارة ***Inhalant*** :

اضطرابات استعمال المواد الطيارة أو المستنشقات :

٣٠٤٫٦٠ الاعتمـاد على استنشاق المواد الطيـارة .

٣٠٥٫٩٠ سوء استعمال المواد الطيـارة .

الاضطرابات الناتجـة عن استنشاق المواد الطيارة (المستنشقات) :

٢٩٢٫٨٩ التسمم بالمستنشقات .

٢٩٢٫٨١ الهذاء الناتج عن التسمم بالمستنشقات .

٢٩٢٫٨٢ العته الناتج عن التسمم بالمستنشقات .

٢٩٢٫×× الاضطراب الذهاني الناتج عن استعمال المستنشقات .

٫١١ مع الهواجس .

٫١٢ مع الهلاوس .

٢٩٢٫٨٤ الاضطـراب المزاجي الناتج عن المستنشقات .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب القلق الناتج عن المستنشـقات .

٢٩٢٫٩ اضطراب ناتج عن المستنشقات غير معين .

الاضطرابات المرتبطـة بالنيكوتين :

اضطراب استعمال النيكوتين :

٣٠٥٫١٠ الاعتماد على النيكوتين

الاضطرابات الناتجـة عن النيكوتين :

٢٩٢٫٠ الأعراض الإنسحابية للنيكوتين .

٢٩٢٫٩ اضطراب ناتج عن استخدام النيكوتين غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بالأفيونـات :

اضطراب استعمل الأفيونات :

٣٠٤٫٠٠ الاعتمـاد على الأفيونـات .

٣٠٥٫٥٠ سوء استعمل الأفيونـات .

الاضطرابات الناتجـة عن الأفيونات :

٢٩٢٫٨٩ التسـمم بالأفيونات مع اختلال الإدراك .

٢٩٢٫٠ الأعراض الإنسحابية للأفيونات .

٢٩٢٫٨١ الهذاء الناتج عن التسمم بالأفيونات .

٢٩٢٫×× الذهان الناتج عن استعمل الأفيونات .

٫١١ مع الهواجس .

٫١٢ مع الهلاوس .

٢٩٢٫٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن الأفيونات .

٢٩٢٫٨٩ اختلال الوظائف الجنسية الناتج عن الأفيونات .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب النوم الناتج عن الأفيونات .

٢٩٢٫٩ اضطراب ناتج عن الأفيونات غير معين .

الاضطرابات المرتبطة باستخدام الفينسيسيليدين *Phencyclidine* أو ما يشبهها :

اضطراب استخدام الفينسيسيليدين :

٣٠٤٫٩٠ الاعتماد على الفينسيسيليدين

٣٠٤٫٩٠ سـوء استعمل الفينسيسيليدين .

الاضطرابات الناتجة عن استخدام الفينسيسيليدين :

٢٩٢٫٨٩ التسـمم بالعقار مع اختلال الإدراك .

٢٩٢٫٨١ هـذاء التسـمم ب بالفينسيسيليدين.

٢٩٢٫×× الذهان الناتج عن استخدام الفينسيسيليدين .

١١ر مع الهواجس .

١٢ر مع الهلاوس .

٢٩٢ر٨٤ اضطراب المزاج الناتج عن استخدام العقار .

٢٩٢ر٨٩ اضطراب القلق الناتـج عن استخدام العقار .

٢٩٢ر٩ اضطراب ناتج عن استخدام الفينسيسيليدين غير معين .

الاضطرابات المرتبطة بالمسكنات *Sedative* ، والمنومات ومهدئات القلق *Anxiolyatic* :

اضطرابات استخدام المسكنات والمنومات والمهدئات (الصغرى) :

٣٠٤ر١٠ الاعتماد على هذه المواد .

٣٠٥ر٤٠ سوء استعمال هذه المواد .

الاضطرابات الناتجة عن استخدام هذه المواد :

٢٩٢ر٨٩ التسمم .

٢٩٢ر٠ الأعراض الانسحابية وبخاصة اختلال الإدراك .

٢٩٢ر٨١ الهذاء .

٢٩٢ر٨٢ العته .

٢٩٢ر٨٣ النسيان .

٢٩٢ر×× اضطراب الذهان الناتج عن استخدام هذه المواد أو العقاقير .

١١ر مع الهواجس .

١٢ر مع الهلاوس .

٢٩٢ر٨٤ اضطراب المزاج .

٢٩٢ر٨٩ اضطراب القلق .

٢٩٢ر٨٩ اضطراب الوظائف الجنسية .

٢٩٢ر٨٩ اضطراب النوم .

٢٩٢ر٩ اضطراب ناتج عن استخدام المسكنات والمنومات ومهدئات القلق غير معين

الاضطراب المرتبط بالمواد المتعددة (الخلطة) :

٣٠٤٫٨٠ الاعتماد على الأنواع المتعددة من المخدرات أو المواد .

اضطرابات أخرى مرتبطة باستخدام المواد المتعددة غير معروف :

٣٠٤٫٩٠ الاعتماد .

٣٠٥٫٩٠ سوء الاستعمال .

الاضطرابات المرتبطة بمواد غير معروفة :

٢٩٢٫٨٩ التسمم وخاصة مع اختلال الإدراك .

٢٩٢٫٠ الأعراض الانسحابية وخاصة مع اختلال الإدراك .

٢٩٢٫٨١ الهذاء .

٢٩٢٫٨٢ العته .

٢٩٢٫٩٣ النسيان .

٢٩٢٫×× الاضطراب الذهاني .

٫١١ مع المواجس .

٫١٢ مع الهلاوس .

٢٩٢٫٨٤ اضطراب المزاج .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب القلق .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب الوظائف الجنسية .

٢٩٢٫٨٩ اضطراب النوم .

٢٩٢٫٩ اضطراب مرتبط باستعمال مواد أو عقاقير غير معروفة غير معين .

خامساً : اضطرابات الفصام والذهانات الأخرى :

٢٩٥٫×× الفصام .

٫٣٠ النمط البارا نويدي (الاضطهادي) .

١٠ر النمط غير المنتظـم *Disorganized* .

٢٠ر النمط الكتاتوني (التخشبى) .

٩٠ر النمط غير المميز .

٦٠ر النمط التخلفي أو المتبقى *Residual* .

٢٩٥ر٤٠ الاضطراب الفصامي وخاصة بدون مآل جيـد .

٢٩٥ر٧٠ الاضطراب الفصامى الوجداني *Schizoaffective* وخاصة النمط الثنائي (هوس / اكتئاب) والنمط الاكتئابى .

٢٩٧ر١ اضطراب الهـذاء .

وخاصة ظهـور الهوس العشـقى ، نمط العظمـة ، نمط الغيرة ، نمط الشك ، النمط البدنى ، والنمط المختلط ، والنمط غير المحدد .

٢٩٨ر٨ الاضطراب الذهانى قصير المدى *Brief psychotic* وخاصة مع ضغوط نفسيه أو اجتماعية دالة ، أو بدون هذه الضغوط أو مابعد الولادة .

٢٩٧ر٣ الاضطراب الذهانى المشارك (بالمشاركة) *Shared*

××ر٣٩٣ اضطراب ذهاني يعود إلى حالات طبيـة عامـة .

٨١ر مع الهواجـس .

٨٢ر مع الهـلاوس .

---ر-- اضطراب ذهاني ناتج عن استخدام مواد أو عقاقير مخـدرة ، وخاصة خلال التسمم أو الأعراض الإنسحابية .

٢٩٨ر٩ اضطراب ذهاني غير معين .

سادسـاً : اضطراب المـزاج :

الاضطرابات الاكتئابيـة :

××ر٢٩٦ الاضطراب الاكتئابي الأعظـم .

×٢ر	نوبة فردية شـديدة وحادة مع حالات تخشبية أو مظاهر سوداوية أو أنماط غير قياسية أو مابعد الولادة .
×٣ر	معاود الحدوث مع المظاهر السابقة مضافاً إليها الشفاء في وسط الحدوث أو النمط الموسمي .
٣٠٠ر٤	اضطرابات عسر المزاج *Dythymic*
٣١١	اضطراب اكتئابي غير معين .

الاضطرابات ثنائية القطـب ***Bipolar*** :

××٢٩٦ر	الاضطراب ثنائي القطب الأول .
×٠ر	نوبة هوسـية أحادية شـديدة مع مظاهر تخشبية أو بعد الولادة وتكون مختلطة .
٤٠ر	نوبة حديثة من الهوس الخفيف مع شفاء أثناء المرض أو موسمى أو يتغير دورياً بسرعة .
×٤ر	نوبـة حديثة من الهوس وخاصة محددة بأنها شديدة مع مظاهر تخشبية أو بعد الولادة مع حدوث شفاء في وسط النوبة أو موسمية أو سريعة التغير الدورى .
×٦ر	نوبات حديثة مختلطة مع المظاهر في النوبة السـابقة .
×٥ر	نوبات حديثة من الاكتئاب مع المظاهر السابقة في الاكتئاب معاود الحدوث.
٧ر	نوبات حديثة غير محددة مع الشفاء في وسطها أو تكون موسمية أو متغيرة بصورة دوريـة .
٢٩٦ر٨٩	الاضطراب ثنائي القطب الثاني ، الهوس الخفيف مع الاكتئاب مع المحددات الموجودة في الاضطراب الاكتئابي معاود الحدوث مضافاً إليه التغير الدوري السريع .
٣٠١ر١٣	الاضطراب الدوري (الجنون الدوري) *Cyclothymic* .
٢٩٦ر٨٠	اضطراب ثنائي القطب غير معين .

٢٩٣٫٨٣	اضطراب مزاجى نتيجة لحالات طبية عامة . مع حدوث حالات من الاكتئاب ونوبات هوسية .
ـ ـ ـ٫ ـ ـ	اضطراب مزاجي ناتج عن استخدام العقاقير .
٢٩٦٫٩٠	اضطراب مزاجي غير معين .

سـابعاً : اضطرابات القلق :

٣٠٠٫٠١	اضطرابات الذعر بدون الخوف من الأماكن المفتوحة أو (الواسعة) *Agoraphobia* .
٣٠٠٫٢١	اضطراب الذعر مع الخوف من الأماكن الواسعة أو المفتوحة .
٣٠٠٫٢٢	الخوف من الأماكن الواسعة مع تاريخ لاضطراب الذعـر .
٣٠٠٫٢٩	الخوف من موضوعات محددة وخاصة ، نمط الخوف من الحيوانات ، موضوعات بيئية طبيعية ، الخوف من الدم ، من الوخز بالإبر أو الجروح ، والنمط الموقفي ، والأنماط الأخرى .
٣٠٠٫٢٣	الخوف الاجتماعى العام .
٣٠٠٫٣	اضطـراب الوسواس القهري المحدد بنقص في الاستبصار .
٣٠٩٫٨١	اضطراب مابعد الصدمات والمحدد بالحدة والإزمـان .
٣٠٨٫٣	اضطراب الكرب الحـاد .
٣٠٠٫٠٢	اضطراب القلق الهائم أو العام .
٢٩٣٫٨٩	اضطراب قلق ناتج عن حالات طبية عامة محدد بقلق هائم ، نوبات زعر ، مع أعراض وسواس قهرى .
ـ ـ ـ٫ ـ ـ	اضطراب القلق الناتج عن استعمال المواد المؤثرة نفسياً .
٣٠٠٫٠٠	اضطراب القلق غير المعين .

ثامناً : الاضطرابات البدنية النفسية *Somatoform* :

٣٠٠ر٨١	اضطرابات التبدين أو الجسدنه (تحول العرض من النفسي إلى البدنى).
٣٠٠ر٨١	اضطرابات جسمية غير مميزة .
٣٠٠ر١١	اضطرابات التحول بأنماط محددة مع أعراض حركية أو حسية أو نوبة صرعية أو تشنجية ، مع نمط مختلط من كل هذا .
٣٠٧ر××	اضطرابات الألـم .
٨٠ر	مصحوبة بعوامل نفسـية .
٨٩ر	مصحوبة بعوامل نفسية وحالة طبية عامة ، محددة بالحدة والإزمان .
٣٠٠ر٧	توهم المرض ، محدد بنقص في الاستبصار .
٣٠٠ر٧	اضطراب الحزن على البدن *Dysmorophic* .
٣٠٠ر٨١	اضطرابات بدنية نفسية غير معينة .

تاسـعاً : اضطرابات تصنع للمرض أو التمارض ***Factitious Disorders***

٣٠٠ر××	اضطراب التمارض .
١٦ر	مع تسيد أو بروز العلامات والأعراض السيكولوجيـة .
١٩ر	مع تسيد أو بروز العلامات والأعراض البدنية .
١٩ر	مع ظهور الأعراض البدنية والنفسية معاً .
٣٠٠ر١٩	اضطراب التمارض غير المعين .

عاشراً : الاضطرابات الانشقاقية *Dissociative D.* :

٣٠٠ر١٢	فقدان الذاكرة الانشقاقي .
٣٠٠ر١٣	الشرود أو فقدان الوعى والإتيان بسلوك آخر قد يستمر من ساعات إلى أيام *Fugue* الشرود الانشقاقي .
٣٠٠ر١٤	اضطراب الهوية الانشقاقي .
٣٠٠ر٦	فقدان الأنيـة *Depersonalization* .

٣٠٠ر١٥ اضطراب انشقاقي غير معين .

حادى عشر : الاضطرابات الجنسية والهوية الجنسية :

الاضطرابات الجنسية :

اضطرابات الرغبة الجنسية :

٣٠٢ر٧١ تناقص الرغبة الجنسية .

٣٠٢ر٧٩ النفور الجنسى *Sexual Aversion* .

اضطرابات الإثارة الجنسية :

٣٠٢ر٧٢ اضطرابات الإثارة الجنسية عند الإناث .

٣٠٢ر٧٢ اضطراب الانتصاب لدى الذكور .

اضطرابات الوصول إلى النشوة الجنسية (هزة الجماع الجنسى أو الأورجازم *Orgasm*) :

٣٠٢ر٧٣ اضطراب الأورجازم لدى الإناث .

٣٠٢ر٧٤ اضطراب الأورجازم لدى الذكور .

٣٠٢ر٧٥ القذف المبكر .

اضطرابات الألم الجنسى :

٣٠٢ر٧٦ آلام الاتصال الجنسى أو الديسباريونيا *Dyspareunia* الذى لايعود إلى حالات طبية .

٣٠٦ر٥١ التقلص المهبلي المسبب للآلام *Vaginismus* (الذى لايعود لأسباب طبيه)

الاضطراب الجنسى الناتج عن حالات بدنية عامة :

٦٢٥ر٨ ضعف الرغبة الجنسية عند الإناث نتيجة لحالات طبية عامة .

٦٠٨ر٨٩ نقص الرغبة الجنسية عند الذكور نتيجة لحالات طبية عامة .

٦٠٧ر٨٤ اضطراب الانتصاب نتيجة حالات طبية .

٦٢٥ر٠ آلام الاتصال الجنسى عند المرأة نتيجة حالات طبية عامة .

٦٠٨٫٨٩ آلام الاتصال الجنسى عند الذكور نتيجة حالات طبية عامة .

٦٢٥٫٨ اضطرابات جنسية أنثوية أخرى نتيجة حالات طبية عامة .

٦٠٨٫٨٩ اضطرابات جنسية ذكرية أخرى نتيجة حالات طبية عامة .

---٫-- اضطرابات جنسية نتيجة لاستعمل العقاقير ومحددة بالحرمان من الرغبة الجنسية أو الإثارة أو الأوجازم أو آلام جنسية وخاصة خلال مرحلة التسمم بالعقار المستعمل .

٣٠٢٫٧٠ اضطرابات جنسية غير معينة .

البارافيليا *Paraphilias* انحرافات الموضوع الجنسى :

٣٠٢٫٤ الاستعراضية أو التعرى .

٣٠٢٫٨١ الفيتيشية أو التعلق بآثار أو أدوات موضوع جنسى .

٣٠٢٫٨٩ الاحتكاك الجنسى (في الأماكن المزدحمة) *Frotteurism* .

٣٠٢٫٢ مجامعة الأطفال (البيدوفيليا *Pedophilia*) ومحددة بالانجذاب الجنسى للذكور أو للإناث أو كليهما . ومحددة أيضاً بعلاقة محدودة بالمحارم .

٣٠٢٫٨٣ المازوشية أو الاستعذاب الجنسى .

٣٠٢٫٨٤ السادية أو التعذيب الجنسى .

٣٠٢٫٣ الفيتيشية أو الترانسفتية (إرتداء ملابس الجنس الآخر الداخلية) مع الابتئاس الجنسى .

٣٠٢٫٨٢ النظارية .

٣٠٢٫٩ بارافيليا غير معينة .

اضطرابات الهوية الجنسية :

٣٠٢٫×× اضطراب الهوية الجنسية

٫٦ لدى الأطفال .

صلى في المراهقة أو البلوغ وخاصة بالانجذاب الجنسى إلى الذكور أو إلى الإناث أو كلاهما أو عدم الانجذاب الجنسى لأى جنس .

٣٠٢٫٦ اضطراب الهوية الجنسية غير المعين .

٣٠٢٫٩ اضطراب جنسى غير معين .

ثانى عشر : اضطرابات الأكل :

٣٠٧٫١ القهم العصابى (فقدان الشهية) .

٣٠٧٫٥١ النهم أو الشره العصابى .

٣٠٧٫٥٠ اضطراب الطعام غير المعين .

ثالث عشر : اضطرابات النوم :

اضطرابات النوم الأولية :

الديسومنيا (إضطرابات النوم في الطفولة) :

٣٠٧٫٤٢ الأرق الأولى .

٣٠٧٫٤٤ زيادة النوم (معاود الحدوث) .

٣٤٧ النوم المتقطع .

٧٨٠٫٥٩ التنفس المرتبط باضطراب النوم .

٣٠٧٫٤٥ اضطراب الإيقاع الدورى للنوم *Circadian Rhythm* .

٣٠٧٫٤٧ ديسومنيا غير معينة .

الباراسومنيا *Parasomnia* (موازيات الأرق) :

٣٠٧٫٤٧ الكابوس .

٣٠٧٫٤٦ الانزعاج النوامى .

٣٠٧٫٤٦ التجول النوامى (المشى أثناء النوم) .

٣٠٧٫٤٧ بارسومنيا غير معينة .

اضطرابات النوم المرتبطة باضطرابات عقلية أخرى :

٣٠٧٫٤٢ الأرق المرتبط بمحاور التشخيص ١ ، ٢ .

٣٠٧٫٤٤ زيادة النوم المرتبط بمحاور التشخيص ١ ، ٢ .

اضطرابات نوم أخرى :

××٫٧٨٠ اضطرابات نوم تعود إلى حالات طبية .

٫٥٢ نمط الأرق .

٫٥٤ نمط زيادة النوم .

٫٥٩ نمط البارسومنيا .

٫٥٩ النمط المختلط .

--٫--- اضطرابات النوم الناتجة عن تعاطى المواد المؤثرة نفسياً .

رابع عشر : اضطرابات السلوك الاندفاعي (لم تتحدد في مكان)

٣٦٢٫٣٤ اضطرابات التفجر المتقطع ***Intermittent Explosive*** .

٣٦٢٫٣٢ الكلوبتومانيا (اللولع بسرقة الأشياء التافهة) ***Kleptomania*** .

٣٦٢٫٣٣ البيرومانيا (جنون الحريق) ***Pyromania*** .

٣٦٢٫٣١ المقامرة المرضية .

٣٦٢٫٣٩ جنون الشعر ***Trichotillomania*** أو الولع بالشعر .

٣٦٢٫٣٠ سلوك اندفاعي مضطرب غير معين .

خامس عشر : اضطرابات التوافق :

××٣٠٩٫ اضطراب التوافق .

٫٠ مع مزاج مكتئب .

٫٢٤ مع القلق .

٫٢٨ مع كل من القلق والاكتئاب .

٫٣ مع اضطراب المسلك أو الجناح .

٫٤ مع كل من الاضطراب العاطفي والمسلك.

٩ر غير محـدد وبخاصة اضطراب حاد ومزمـن .

سادس عشر : اضطرابات الشخصية :

ملحوظـة : تم عرض هذه الاضطرابات تحت الكود في محور التشخيص الثانى :

٣٠١ر٠ اضطراب الشخصية البارنويديـة .

٣٠١ر٢٠ اضطراب الشخصية الفصاميــة .

٣٠١ر٢٢ اضطراب الشخصية الشبفصامية .

٣٠١ر٧ الشخصية المضـادة للمجتمـع .

٣٠١ر٨٣ اضطرابات الشخصية الحدية (البينيـة) .

٣٠١ر٥٠ اضطراب الشخصية الهسـتيرية .

٣٠١ر٨١ اضطراب الشخصية النرجسـية .

٣٠١ر٨٢ اضطراب الشخصية التجنبية أو الإنزوائيـة .

٣٠١ر٦ اضطراب الشخصية الإعتماديـة .

٣٠١ر٤ اضطراب الشـخصية الوسـواسية القهرية .

٣٠١ر٩ اضطراب شـخصية لم غير محدد .

سـابع عشر حالات أخرى يمكن أن تلفت الانتباه الإكلينيكي :

العوامل النفسية المثيرة لحالات طبيـة :

- الاضطرابات العقليـة المثيرة لحـالات طبيـة .
- الأعراض النفســـية المثيرة لحـالات طبيـة .
- سـمات الشخصية أو نمط التقلب المثيرة لحـالات طبيـة .
- عـدم التكيف الصـــحى أو نمط التقلب لحـالات طبيـة .
- الكرب المرتبط بالاستجابة النفسية المؤثـرة لحالات طبية .
- عوامل سيكولوجية أخرى غير محـددة .

ثامن عشـر : اضطرابات الحركة الناتجـة عن العلاج الدوائى :

٣٣٢٫١ النوبـة العصبية المسـببة للباركنسونية Parkinsonism .

٣٣٣٫٩٢ نوبة عصابية لزملـة الأعراض الخبيثة أو الشريرة Malignant syndrome

٣٣٣٫٧ نوبـة عصبية مسـببة للدستونا الحادة (إعوجاج الأطراف وأجزاء الجسم) . Dystonia

٣٣٣٫٩٩ نوبة عصبية مسببة للأكاثيزيا الحادة (نوع من القلق التفاعلى الحاد) Akathisia .

٣٣٣٫٨٢ نوبـة عصبية مسـببة للديسكنيزيا (نوع من إضطراب الحركة العصبى).

٣٣٣٫١ الوقفـة المرتعشـة نتيجـة تعاطـى الـدواء .

٣٣٣٫٩٠ اضطرابات حركيـة نتيجـة للدواء غير معينـة .

اضطرابات أخرى ناتجة عن الأدوية غير معروفـة :

٩٩٥٫٢ الآثـار غير المناسبة أو الضارة للأدوية غير المعينـة .

مشكلات العلاقات المتبادلـة :

٦١٫٩ مشكلات العلاقة نتيجـة للمرض العقلى أو حالات طبيـة عامة .

٦١٫٢٠ مشكلات علاقة الطفـل بالوالديـن .

٦١٫١ مشكلات العلاقة بالوالـــدين .

٦١٫٨ مشكلات العلاقات بالأقران .

٦١٫٨١ مشكلات علاقات غير معينـة .

مشكلات مرتبطة بالإسـاءة abuse أو الإهمـال :

٦١٫٢١ الإسـاءة البدنيـة للأطفـال .

٦١٫٢١ الإسـاءة الجنسية للطفـل .

٦١٫٢١ إهمـال الطفـل .

٦١٫١ الإسـاءة البدنيـة للبالغين .

٦١٫١ الإسـاءة الجنسية للبالغين .

حـالات أخرى يمكن أن تلفت الانتباه الإكلينيكي :

١٥ر٨١ عـدم الشـكوى من العلاج .

٦٥ر٢ التمـارض (الشكوى المتكررة) .

٧١ر٠١ سلوك الراشدين المضاد للمجتمع .

٧١ر٠٢ سلوك الأطفال والمراهقين المضـاد للمجتمـع .

٦٢ر٨٩ الوظائف العقليـة البينيـة أو الحديـة .

٧٨٠ر٩ التدهـور المعرفي المرتبط بالسـن .

٦٢ر٨٢ الحرمـان .

٦٢ر٣ المشكلات الدراسـية .

٦٢ر٢ مشكلات العمـــل .

٣١٣ر٨٢ مشـكلات الهويـة .

٦٢ر٨٩ مشكلات دينيـة أو روحيـة .

٦٢ر٤ مشـكلات ثقافية متبادلـــة .

٦٢ر٨٩ مشـكلة مراحـل الحيــاة .

رمـوز رقميـة إضافيـة :

٣٠٠ر٩ اضطرابات عقليـة غير محـددة (غير ذهانيـة) .

٧١ر٩ لايوجـد تشـخيص أو تواءم مع محـور التشخيص الأول .

٧٩٩ر٩ تشخيص وتـواءم مختلف مع محـور التشخيص الأول .

٧١ر٠٩ لايوجـد تشـخيص في المحـور الثاني .

٧٩٩ر٩ اختـلاف التشخيص في المحور الثاني .

ملحـــق (٢)
الاســـترخاء العمـــيق

أجلس أو أرقـد في استرخاء .

أغمض عينيك إن أردت ...أو أتركهما مسبلتان .

أنت الآن تجلس في سكينه واسترخاء . تنفس بانتظام وببطء .

لا قلق ، ولاشد ، ولاتوتر .. كل القلق يتسرب من جسمك تدريجياً.

إحساس بالراحة والهدوء ينتشر في جسمك كله .

خذ الآن نفساً عميقاً بطيئاً ثم أخرجه بنفس البطء والهدوء

الآن وجه كل انتباهك وتركيزك على قدمك اليسرى أريدك أن تركز على قدمك اليسرى وتتخيل كل النتوءات والأصـابع في تلك القدم وكيفية تركيبها كأنها صوره فوتوغرافيه .

ركز على يدك اليمنى بنفس الشكل .

حاول بقدر الإمكان أن ترخى كلا قدميك اليسرى واليمنى وأن تضعهما في هدوء واسترخاء حتى تشعر بأنهما يثقلان في الوزن ويسرى الدفء فيكل منهما.

كلا قدميك الآن دافئتان ثقيلتان مسترخيتان وهناك تنميل خفيف يسرى فيهما.

تذوق وأشعر باسترخاء وثقلهما والدفء والاسترخاء يسرى في القدمين اليمنى واليسرى.

والآن إلى الساق والركبة جميعها مسترخيه والتنميل ينتشر الآن في الركبتين والساقين والقدمين اليمنى واليسرى .

تنفسك في الوقت المنتظم .. الاستنشاق والزفير بطيئان وفي يسر مع كل نفس تتنفسه تحس باسترخاء أكثر .. وأكثر في الجسم كله وفي القدمين والركبتين .. ومؤخرة الساق بشكل خاص.

جميعها تسترخي وتسترخي... وتسترخى في سكينة.......

من المهم أن تشعر وتحس بقوة بهذا الاسترخاء حاول أن تحس بالاسترخاء فيكل جسمك ..خاصة في القدمين والساقين حيث الدفء والثقل وكأنهما قطعتا قماش ملقاتان ومنفصلتان عن الجسم.

والآن ..وجه انتباهك وأفكارك إلى منطقة أخرى .. الفخذين , انتباهك جميعه الآن مركز على الفخذين .. حاول أن تطرد منهما كل التوترات .. والتقلصات إلى أن تشعر بكل التوتر يتسرب منها تدريجياً .

الآن ....إلى المنطقة العضلية التي تعلو الفخذين إلى الردفين ... هما أيضاً مسترخيتان والتوتر يتسرب منها تدريجياً وأخذا يثقلان ويثقلان .

الآن كل المنطقة السفلى من الجسم مسترخية ... انتباهك كله مركز في هذه المنطقة إذا لم يكن انتباهك فيها ... حاول أن توجهه الآن إلى المنطقة السفلى بكل أعضائها وعضلاتها مسترخيه ودافئه وثقيله وكأنك قد أخذت لتوك حماماً دافئاً وأنت تستلقى بعده .حاول الآن أن ترخي منطقة البطن والمعدة من الداخل . دع معدتك تسترخى وتنتفخ .

كذلك الذراعان

الكوع ....

الرسغ ....

اليد ....

أصابع اليد ....

جميعها ثقيلة ... نائمة ..... منملة ..... مسترخية ....

تنفسك ينتظم .... وحركة الدم في داخلك تنتظم ......

كل جسمك الآن دافئ ومسترخٍ .....وثقيل وراقد في سلام وسكينةٍ وهدوء ....إحساس لم تشعر به أبداً من قبل ..... تجربة وخبرة .... تدعها وأنت في كامل القوة والحيوية والسلام مع النفس .

كل جسمك الآن مسترخٍ ونفسك تهدأ وضغطك يتضاءل وأنت تردد بينك وبين نفسك كلمة تشعر فيها بالتنميل اللطيف يسري في جسمك كله .

تنفسك يبطئ ....ومع كل نفس تشعر بأن الجسم كله تقريباً مسترخ وثقيل ....الاسترخاء يسيطر على كل منطقه وعلى كل عضله في الجبهة....والعين والحواجب والرأس ...والفكين والسلسلة الظهرية والبطن .... والمعدة ...والأطراف ....والأصابع والساقين....والفخذين....كل شيء مسترخٍ...ومسترخٍ بعمق....وبعمق أكثر وأكثر.

وكلما ترخى وجهك ..أعمق وأعمق..يسرى الهدوء وتسرى السكينة هنا ..وهنا , كل الجسم يشعر بالثقل والسكينه .

وأنت شبه نائم ...في حالة أشبه بحالة النائم ...إن لم تكن نائماً بالفعل ..

إنك نائم وكالنائم .... عيناك مغمضتان والسكينه والأمان من حولك .

وتسمع صوتي ...ولاتسمع غير صوتي ينتقل بك من استرخاء عميق ...إلى استرخاء أعمق وأعمق ...وأعمق...

ولايوجد من حولك الآن إلا ظلام ....معه السكينة والسلام .... وأعباء الحياه جميعها

لاتفكير خارجى ....في هذه اللحظات ولاهموم أومشغوليات ، الحياة تسير سيرها الطبيعى ومن الأحسن أن تجعلها تسير سيرها الطبيعى دون تعقيدات أوهموم .

الفكان والشفتان مرتخيتان ومنفرجتان .

الأسنان والفم منفرج قليلاً وكأن ابتسامة خفيفه ترتسم عليه .... الرقبة والزور مسترخيان فكر في و أبلع ريقك إن أحببت ...واشعر بالاسترخاء ...إن كنت الآن تفكر في أى شيء آخر غير جسمك ...فمن الأحسن أن تعود بكل جسمك أفكارك وتركيزك على الجسم .

جبهتك الآن مسترخية ...كل وجهك مسترخى ...عيناك مسترخيتان ومسبلتان أو مغمضتان إن لم تكونا مغمضتين من قبل ...فمك مسترخٍ ...وشفتاك منفرجتان...رقبتك مسترخيه .....الزور مسترخى ونائم في عمق ....كتفاك مسترخيان أكثر وأكثر ....وذراعاك ثقيلان .

مفاصل الذراعين والرسغ ...واليد...والأصابع جميعها مسترخية أكثر وأكثر ..الصدر وما يحيط به مسترخٍ.

البطن والمعدة

قدماك دافئتان .

ومنطقة البطن والوسط جميعها مسترخية وخالية من كل التقلصات العضلية في هذه المنطقه بالذات تتركز عضلات كثيرة تتأثر بكل الاضطرابات العصبية والقلق ..لهذا حاول الآن أن تشعر باسترخاء وأن تتذوقه شاعراً بأن كل التوتر العضلى يتسرب من منطقة البطن ... المعدة ....دون عودة ...وإلى اللقاء .

حاول أن تفكر في كلمة مسترخٍ ...وفي كل مرة تعيدها اشعر معها بأن الجسم كله يسترخي بما في ذلك البطن والفخذان والساقان وأصابع القدمين . والآن إلى منطقة الصدر والقفص الصدرى إنها مسترخيه والتوتر والشد يتسربان منها إلى الخارج في كل نفس تتنفسه .

إن الاسترخاء الآن والتنميل يسيطر عليك من الصدر إل ىالبطن .والردفين والفخذين والساقين ، حتى أصابع القدمين...وكى تصل إلى أقصى وأعمق درجات الاسترخاء فيها ...فإننى سأذكر اسم كل عضو منها وما عليك عندما تسمع الاسم إلا أن توجه انتباهك إلى هذا العضو وحاول أن ترخيه وكأنه قطعة قماش منفصلة عنك.

الصدر والقفص الصدرى مسترخيان .

البطن والوسط.

المعدة مسترخيه ومنتفخه .٠

الردفان مسترخيان ...وثقيلان .

قصبة الساق.

القدم.

أصابع القدمين كلها خاصة الإصبعان الكبيران .

أنك الآن مسترخٍ وكأنك مرهق ومتعب .... وعلى وشك النوم....بعد عناء يوم طويل وشاق.

بنفس الشكل أرح الكتفين. الظهر ....خاصة العمود الفقرى الذى يمتد من أسفل الرقبة حتى مؤخرة الظهر إنه نائم ومسترخٍ بكامله .

الذراعان مسترخيان بدءا من الكتف حتى الأصابع .

كل أصابع اليدين مسترخية الإبهام والسبابة والأصابع الصغيرة والوسطى كلها مسترخية ونائمة وثقيلة

الكوع واليدان مسترخية وثقيلة . كلا الذراعين مسترخيان وثقيلان.

دع الآن أفكارك تتجول في كل هذه المنطقة . ابدأ من المنطقة التي تحت الرقبة .... إنها مسترخية.

كذلك الكتفان. وأنت بكاملك مسترخٍ ومسترخٍ ..... وكأنك نائم بعد عناء طويل وشاق....وجهد وعمل .كل الجسم نائم ....لكنك تحس بالأشياء التي تدور حولك وإن كنت لاتعيرها أدنى اهتمام ....لااهتمام بشيء إلا بصوتى ....ولاتفكير في شيء إلا في جسمك ...وفي صوتى.

والراحه . والهدوء. والتخفف من كل أعباء الحياة حتى ولو للحظات.

استمر في ذلك ما أحببت.

أما إن شئت أن توقظ نفسك فما عليك إلا أن تعد من ١ إلى ٥...عندها ستستيقظ..وإحساس بالراحة والهدوء يتملكان جسمك كله .... مع إحساس بالقوة والنشاط وقد تريد أن تجعل من هذا الإحساس بالقوة الهادئة أسلوباً لك في الحياة بعد ذلك.

ملحق ٣

(استمارة ملاحظة سلوكه على العنبر العلاجى)

اسم القائم بالملاحظة :

اسم المريض ....العنبر ....مستشفي .

المطلوب من القائم بعمليه الملاحظة أن يضع دائرة حول رقم أى عبارة مما يأتي يعتقد أنها تصف سلوك المريض جيداً خلال الأسبوعين .

نوع السلوك :

أ - المبادرة والاستقلال :

١ - عاجز عن رعاية نفسه جسمياً.

٢ - يعجز أولاً يرغب في اتخاذ قرارات خاصة أومواعيد ، أوخطط.

٣ - قادر على اتخاذ قرارات وخطط لكنه يعجز عن تنفيذها .

٤ - قادر على اتخاذ قرارات وخطط وقادر على تنفيذها .

ب - الحوار والكلام .

١ - لا يبادل أحداً قط الكلام وأغلب كلامه غير مفهوم .

٢ - يجيب فقط عما يوجه له من أسئلة ويتحدث فقط عن موضوع واحد

٣ - يتحدث عن عدد كبير من الموضوعات .

٤ - يتحدث عن عدد كبير متنوع من الموضوعات بطريقه مفهومه .

جـ - العلاقة بالمرضى الآخرين .

١ - عدائي في سلوكه نحو المرضى الآخرين .

٢ - يتجنب غالبية المرضى الآخرين .

٣ - علاقته طيبة بشكل عام بالمرضى ,

٤ - يتصرف بطريقه ودية نحو المرضى .

د - اتساق السلوك المقبل على العنبر .

١ - يتصرف دائماً بطريقه غير مقبولة .

٢ - يظهر تغيرات حادة في سلوكه من سلوك مقبول إلى سلوك غير مقبول على الإطلاق.٣

٣ - يظهر بعض التغيرات ولكنها غير جادة .

٤ - سلوك دائماً مقبول.

هـ - المظهر الخارجي والملبس .

١ - ملابسه قذرة مقطعة ومبهدلة .

٢ - ملابسه نظيفة بشكل عام .

٣ - يحاول جداً التحسين في مظهره ولكن ليس في المستوى المطلوب .

٤ - حسن المظهر والملبس في حدود إمكانيات المستشفي.

و - الرغبة في مغادرة المستشفي :

١ - لايبدي أى رغبة في الخروج من المستشفي .

٢ - يبدى بعض الرغبة في ذلك ولكنه لايقوم بمحاولات جادة .

٣ - يبدى رغبه في الخروج ويقوم بمحاولات معقولة للتحسين .

٤ - يبدى رغبة جادة ويحاول قدر استطاعته تحقيق ذلك.

ز - السلوك الشخصى على العنبر :

١ - يهاجم أحياناً الآخرين ويخرب ممتلكا تهم.

٢ - يثير الفوضى ويسبب الحرج والضيق والإزعاج على مستوى الحركات والألفاظ

٣ - يتصرف أحياناً بطريقه غريبة ولكنه لايتسبب في خلق الفوضى أو الحرج والضيق.

٤ - يتصرف باستثناءات بسيطة بطريقة معقولة.

حـ - علاقته بالمشرفين ونماذج السلطة:

١ - يتجاهل سلطة المشرفين على العنبر ويرفض الانصياع وواعد العامة والنظام اليومي .

٢ - يتجاهل سلطة المشرفين أحياناً .

٣ - يقبل السلطة على العنبر ولكن على مضض.

٤ - يقوم بتنفيذ المطلوب منه بشكل روتيني .

ى - ضع دائره حول جوانب السلوك التي تظهر من المريض:

١ - الضرب	نعم	لا
٢- التخريب	نعم	لا
٣ - الإهانات	نعم	لا
٤ - البصق	نعم	لا
٥ - تخريب الممتلكات	نعم	لا

ك - ضع دائرة حول جوانب السلوك التي تظهر منه:

١- يشعر بالاضطهاد	نعم	لا
٢ - لجوج وكثير الطلبات	نعم	لا
٣ - يشتم الأطباء والمشرفين	نعم	لا
٤ - شديد السلبية	نعم	لا
٥ - بطيء الحركة	نعم	لا
٦ - يرفض أخذ الحمام.	نعم	لا
٧ - يسرق .	نعم	لا
٨ - يرفض حلاقة شعره .	نعم	لا
٩ - يتحدث مع نفسه.	نعم	لا

ل - أى أشياء أخرى تراها ملائمة لوصف سلوكه : ----------------------

----

تعليقات : (ضع في هذا الجزء بطريقه محدده أى جوانب أخرى من السلوك ترى أنها تفيد في فهم هذا المريض , أو تحديد سلوكه) .------------------------------------

(ملحق ٤)
استبيان المدعمات

اسم الشخص : ______________________

العنبر : ______________________

الفقرات التالية تشير إلى أشياء أو موضوعات تثير في البعض مشاعر الفرح والسرور . من المطلوب أن تقرأ كل فقرة منها وأن تحدد قوة تأثيرها فيك بوضع علامة حول الدرجة الملائمة التي تصف درجة حبك لها :

المدعمات	درجة قبولها		
	أحبها جدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
أ - الأطعمة :			
١ - فاكهة (تذكر)			
٢ - حلوى			
٣ - لوز			
٤ - كيك			
٥ - بسكوت			
٦ - شيكولاته			
ب - المشروبات :			
٧ - مياه معدنية			
٨ - لبن			
٩ - مياه غازية			

تابع استبيان المدعمات

المدعمات	درجة قبولها		
	أحبها جدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
١٠ - شـــــاي			
١١ - قهـــوة			
١٢ - مشروبات أخرى			
جـ - الإصغاء للموسيقى :			
١٣ - موسيقى عربية			
١٤ - موسيقى غربية			
١٥ - تواشــــــيح			
١٦ - موسيقى عربيـة			
١٧ - موسيقى عربية حديثة			
د - مشاهدة ألعاب رياضية :			
١٨ - كرة قـدم			
١٩ - ســـــلة			
٢٠ - تنـــس			
٢١ - ملاكمـــة			
٢٢ - مصارعـة			
٢٣ - ســباحة			
٢٤ - ألعاب أخـرى			

المدعمات	درجة قبولها		
	أحبها جدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
هـ - قراءة ومطالعات :			
٢٥ - مغامرات			
٢٦ - قصص بوليسية			
٢٧ - القراءة عن المشاهير			
٢٨ - الشعر القديم			
٢٩ - أخبار نجوم السينما			
٣٠ - مجلات فكاهية			
٣١ - مجلات أسبوعية سياسية			
٣٢ - قصص حب			
٣٣ - الاستمتاع بمنظر طبيعي			
٣٤ - مشاهدة التليفزيون			
٣٥ - الاستماع الإذاعي			
٣٦ - الرغبة في الغناء			
٣٧ - الغناء المنفرد			
٣٨ - الغناء الجماعي			
٣٩ - الرقص			
٤٠ - جماعي			
٤١ - منفرد			
٤٢ - شعبي			
٤٣ - الألعاب الرياضية التي تحبها			

المدعمـات	درجـة قبولهـا		
	أحبها جدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
و – الذهاب إلى الأسـواق :			
٤٤ – أسـواق الطعـام			
٤٥ – الملابــس			
٤٦ – السـيارات			
٤٧ – الأدوات الكهربائية			
٤٨ – أسـواق أخــرى .			
ز – ألعاب التسـلية :			
٤٩ – شـطرنج			
٥٠ – صحف يوميـة			
٥١ – شعر حديث			
٥٣ – كتب دينيـة			
٥٤ – قراءات أخرى			
ح – أشياء أخرى :			
٥٥ – العمل في الحديقة			
٥٦ – المشـي			
٥٧ – الرحـلات			
٥٨ – أن يمتد سلوكي أو مظهري			
٥٩ – الصـلاة			
٦٠ – اهتمـام الزملاء			

تابع استبيان المدعمـات

المدعمـات	درجة قبولها		
	أحبهاجدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
٦١ - كتابـة الشـعر			
٦٢ - الرســـم			
٦٣ - الخـــط			
٦٤ - المساهمة في جريدة حائط			
٦٥ - الكـلام مع المشــرفين			
٦٦ - مساعدة الأصدقاء والزملاء			
٦٧ - كلمـات متقاطعـة			
٦٨ - طاولـــــة			
٦٩ - دومينـــــو			
٧٠ - كوتشـــينة			
٧١ - ألغـــاز			
٧٢ - ألعاب أخرى ..			
٧٣ - عمل شاي وقهوة			
٧٤ - مراقبة الآخـــرين			
٧٥ - الجلوس في الحديقة			
٧٦ - السلام والهـدوء .			
٧٧ - التلويـــن .			
٧٨ - المناقشات الاجتماعية			
٧٩ - المناقشات الأدبيـــة			

تابع استبيان المدعمات

المدعمات	درجة قبولها		
	أحبها جدا	أحبها بشكل متوسط	لا أرغبها
٨٠ - تربية عصافير			
٨١ - تربية أرانب			
٨٢ - تربية قطط			
أشياء أخرى			
٨٣ -			
٨٤ -			